

Name	<input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> stat. Station:
Vorname	Gesetzlicher Vertreter
Strasse, Nr	
PLZ, Ort	
Geb.datum	Geschlecht
AHV-Nr.	Patienten-ID
	Telefon
	Mailadresse

<input type="checkbox"/> Bitte Patient aufbieten			
<input type="checkbox"/> Patient hat Termin am:	Zeit:	Uhr	

Kostenträger	Versicherung
Vers.-Nr.	
Unfall-Nr.	Unfall-Datum

Gewünschte Untersuchung	Durchgestrichene Untersuchungen sind am ausgewählten Standort nicht verfügbar.		
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRI 3T	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Myelografie
<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> Upright/offenes MRI: Multiposition		<input type="checkbox"/> Intervention/Punktion	<input type="checkbox"/> DEXA
<input type="checkbox"/> Upright/offenes MRI: Standard (z.B. bei Platzangst)		<input type="checkbox"/> Durchleuchtung	<input type="checkbox"/> Infiltration
<input type="checkbox"/> Bestmögliche Untersuchungsmethode		<input type="checkbox"/> OPT	<input type="checkbox"/> Arthro
Region:			

Klinische Angaben und Fragestellungen:	Bitte leer lassen

Erforderliche Angaben	
<input type="checkbox"/> Allergien:	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt
<input type="checkbox"/> Blutverdünner/Medikament:	<input type="checkbox"/> Patientin stillt

MRI					
Platzangst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Neurostimulator	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Insulin-/Schmerzpumpe/Anderes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Innenohrimplantat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Metallfremdkörper/Implantate	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

MRI/CT	Intervention/Punktion
GFR-Wert:	Quick-/INR-Wert:
vom:	vom:
Kreatinin-Wert:	
vom:	

Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt
<input type="checkbox"/> HIN-Mail:	<input type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion	
<input type="checkbox"/> Fax/Nr.:		
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.		
<input type="checkbox"/> Post		
Befundkopie an:		Tel.
		Mail
		GLN
		Fax
		ZSR
		Datum:
Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.		

Elektronische Übermittlung	
Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das gewählte Radiologie-Institut.	