

Versorgungsregion Standort wählen Bestätigter Termin  Zeit  Patient/in aufbieten  Patient/in meldet sichNAME  VORNAME STRASSE  PLZ / ORT GEBURSDATUM  E-MAIL GESCHLECHT  MOBI AHV-NR.  FALL KOSTENTRÄGER  VERS.-NR. UNFALL-DATUM  UNFALL-NR. VERSICHERUNG  ADRESSE ARBEITGEBER  ADRESSE 

## GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

- |                                           |                                        |                                         |                                                   |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MRI              | <input type="checkbox"/> NUK THERAPIE  | <input type="checkbox"/> MAMMOGRAPHIE   | <input type="checkbox"/> DEXA / FETTMESSUNG       |
| <input type="checkbox"/> MR ARTHROGRAPHIE | <input type="checkbox"/> PET / CT      | <input type="checkbox"/> DURCHLEUCHTUNG | <input type="checkbox"/> DVT / OPT / ZAHNRÖNTGEN  |
| <input type="checkbox"/> CT               | <input type="checkbox"/> SPECT / CT    | <input type="checkbox"/> INTERVENTIONEN | <input type="checkbox"/> KONSILIUM / ZWEITMEINUNG |
| <input type="checkbox"/> RÖNTGEN          | <input type="checkbox"/> BIOPSIE / FNP | <input type="checkbox"/> ULTRASCHALL    | <input type="checkbox"/> ANGIOGRAPHIE             |

REGION / ORGAN KLINISCHE ANGABEN FRAGESTELLUNGEN 

## ERFORDERLICHE ANGABEN

- |                                                    |                                                    |                                                  |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> KM-ALLERGIEN              | <input type="checkbox"/> DM / METFORMIN-MEDIKATION | <input type="checkbox"/> SCHWANGERSCHAFT BEKANNT |
| <input type="checkbox"/> BLUTVERDÜNNUNG/MEDIKAMENT | GRÖSSE [cm] <input type="text"/>                   | GEWICHT [kg] <input type="text"/>                |
|                                                    |                                                    | <input type="checkbox"/> PATIENTIN STILLT        |

## MRI

- |                                                        |                                                      |                                          |                                            |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PLATZANGST                    | <input type="checkbox"/> HERZSCHRITTMACHER           | <input type="checkbox"/> NEUROSTIMULATOR | <input type="checkbox"/> INNENOHRIMPLANTAT |
| <input type="checkbox"/> INSULIN-/SCHMERZPUMPE/ANDERES | <input type="checkbox"/> METALLFREMDKÖPER/IMPLANTATE | WO? <input type="text"/>                 |                                            |

MRI/CT  INTERVENTION/PUNKTION  HYPERTHYREOSE KREATININ-/GFR-WERT:  QUICK-/INR-/TC:  TSH/IT: DATUM  DATUM  DATUM 

## BEFUNDUNG DURCH:

- |                                    |                                    |                                      |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Befund per                         | Bild per                           | Schnellbefund                        |
| <input type="checkbox"/> E-MAIL    | <input type="checkbox"/> H-NET     | <input type="checkbox"/> JA          |
| <input type="checkbox"/> WEBPORTAL | <input type="checkbox"/> WEBPORTAL | BEFUNDKOPIE AN: <input type="text"/> |

ZUWEISER  GLN / ZSR TELEFON EMAIL DATUM Elektronische  
Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Radiologie der Hirslanden Gruppe.