

Anmeldeformular medizinische Bildgebung

Personalien

Name: _____ Strasse: _____
 Vorname: _____ PLZ/Ort: _____
 Geb. Datum: _____ Tel. Privat: _____
 Geschlecht: _____
 Versicherung: _____ Adresse: _____
 Gesetz: _____ Police-Nr: _____
 Unfall-Nr.: _____ Fall-Datum: _____

Auftragspezifische Angaben

Gewünschte Untersuchung / Behandlung

MRI CT Infiltration

Region: _____

Klinische Angaben, Fragestellung: _____

Allergien _____

Kreatininwert _____

µmol/l

Implantate nein ja

Herzschrittmacher nein ja

Schwangerschaft nein ja

Patient anbieten

Patient hat bereits einen Termin am _____

Schnellbefund

Bericht Portal E-Mail Post

Bilddokumentation Portal CD keine

Befundkopie an: _____

Zuweiser: _____

Telefon: _____

Fax: _____

GLN: _____

ZSR: _____

eMail: _____

Datum: _____

Zuweiser

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das SNRI.