

Radiologie-Anmeldung

Name	Adresse
Vorname	PLZ/Ort
Geschlecht	Telefon
Geburtsdatum	Mail

Gewünschte Untersuchung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> konventionelles Röntgen | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Sonografie / Duplex | <input type="checkbox"/> MRI |
| <input type="checkbox"/> Mammografie | <input type="checkbox"/> Interventionen |
| <input type="checkbox"/> Durchleuchtung | |

Klinische Angaben

Fragestellung

Lokalisation/ Organe

Weiterführende Angaben

(nur hervorgehobene Felder beachten)

	Wert	Datum
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Schrittmacher / ICD	INR
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Neurostimulator / Neuromodulator	Quick (%)
<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Schmerzpumpe	Thrombozyten (G/L)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Hepatitis
Kreatinin (µmol/l)	<input type="checkbox"/> Aneurysma Clipping	<input type="checkbox"/> HIV
Wert Datum	<input type="checkbox"/> Tätowierung / Piercing	Orale Antikoagulation
	<input type="checkbox"/> Platzangst	

Termin

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> DRINGEND | <input type="checkbox"/> Patient/in aufbieten | <input type="checkbox"/> Termin bereits vereinbart auf |
| <input type="checkbox"/> Patient/in meldet sich selbst | <input type="checkbox"/> Wunschtermin am | |

Befundmitteilung/ Bilddokumentation

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> HIN E-Mail | <input type="checkbox"/> Brief | <input type="checkbox"/> LinkShare (eMail / Mobile) |
| <input type="checkbox"/> Tel. Befundübermittlung | <input type="checkbox"/> Befundkopie an | |

Zuweiser

Telefon:	Fax:
GLN:	ZSR:
eMail:	
Datum:	

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Radiologie des Spitals Bülach.