



Patient:in

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	AHV-Nr.	<input type="text"/>
		E-Mail	<input type="text"/>

Kostenträger

Versicherung	<input type="text"/>	Gesetz	<input type="text"/>	Vers.-Nr.	<input type="text"/>
				UVG/Schaden-Nr.	<input type="text"/>

Gewünschte Aufnahme, Untersuchung

- Röntgen
- Durchleuchtung
- Sonographie
- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MRI)

Organ, Region

Klinische Angaben, Fragestellungen

- Schwangerschaft
- Patient:in mit Klaustrophobie

Sind Kontrastmittelunverträglichkeiten, Nierenfunktionsstörungen oder Schilddrüsenüberfunktionen bekannt?

Sonstige Besonderheiten (besondere Behinderungen; Patient liegend; im Rollstuhl)?

Wichtig für MRI-Untersuchung: Herzschrittmacher, bestimmte Gefässklips im Gehirn, Neurostimulatoren und Insulinpumpen sind Kontraindikationen

Untersuchungstermin	Datum <input type="text"/>	Zeit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bitte Patient aufbieten
Bitte, wenn möglich, Voraufnahmen beilegen oder dem Patienten mitgeben.			
Übermittlung Bilder/Befund	<input type="checkbox"/> Internetzugriff auf Bildserver gewünscht	<input type="checkbox"/> Keine Bilder	<input type="checkbox"/> Telefonischer Sofortbericht

Zuweisender Arzt/Ärztin

Datum

E-Mail	<input type="text"/>
Tel./Fax	<input type="text"/>
GLN/ZSR	<input type="text"/>

Befundkopie

E-Mail	<input type="text"/>
Tel./Fax	<input type="text"/>
GLN/ZSR	<input type="text"/>

Elektronische Übermittlung

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