

Abteilung:

Anmeldeformular für Radiologische Untersuchungen

Name	Vorname	
Strasse	Geburtsdatum	Geschlecht
PLZ/Ort	AHV-Nr.	
Telefon/Mobil	Mail	
Behandl.grund	Unfall-Nr	

Gewünschte Untersuchung

<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Computertomografie	<input type="checkbox"/> Durchleuchtung/Angiografie	<input type="checkbox"/> MRI
<input type="checkbox"/> Sonografie	<input type="checkbox"/> Kontrastmittel-Sonografie	<input type="checkbox"/> Mammografie	<input type="checkbox"/> Infiltration

Region:

UNBEDINGT BEACHTEN - Kontraindikationen für MR: Intrakranielle Gefässclips, **Herzschrittmacher**, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, **Metallsplitter**.

Klinische Angaben / Fragestellung

Bei jeder KM- oder MR-Untersuchung angeben:

Schwangerschaft	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Grösse	cm	Gewicht	kg
Allergien (z.B. Jod, Latex)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche?				
Antikoagulation	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche?				
Hyperthyreose	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja				
Claustrophobie	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja				

Aktueller Kreatininwert $\mu\text{mol/l}$ vom **GFR** ml/min

Bei Punktion, Biopsie, Drainage, Angiografie

Quick/INR Thrombozyten

Telefonischer Bericht	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Tel.-Nr.	<input type="text"/>
Bei Fraktur/Luxation	<input type="radio"/> Chirurgie <input type="radio"/> Retour	HIN E-Mail:	<input type="text"/>

Bitte dem Patienten alle vorhandenen Untersuchungen mitgeben (US, CT, MR, Rx).

Beilagen

Vereinbarter Termin

:

Zuweisender Arzt (Adresse, EAN, ZSR, Mail)

Berichtskopie (Adresse, EAN, ZSR, Mail)

GLN:

ZSR:

GLN:

ZSR:

Mail:

Mail:

Elektronische Übermittlung

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