



MR-Zentrum Thun

Rampenstrasse 1
3600 Thun
E-Mail
Webseite

Tel. 033 221 03 44
Fax 033 221 03 45
mrzentrumthun@hin.ch
www.mrzentrumthun.ch

Anmeldung zur MR-Untersuchung

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon
Strasse, Nr.	Telefon
PLZ, Ort	Telefon

Kostenträger

Gesetz	Vers.-Nr.	Fall-Nr.	Fall-Datum
Versicherung			
Arbeitgeber			

Termin

Datum	Zeit	<input type="checkbox"/> Bitte direkt aufbieten
-------	------	---

Gewünschte MR-Untersuchung
(Organ, Region)

Allergie(n)? nein ja Welche?

Claustrophobie? nein ja **Ist Patient antikoaguliert?** nein ja

Anamnese/klinische Angaben/Fragestellung

Bitte MR-Voruntersuchungen mitbringen

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

Angaben zu Operationen mit metallischen Implantaten

Bilder über Web-Server Anderes:

Bericht per Fax Bericht per E-Mail: @hin.ch

Berichtkopie an: Datum:
Zuweisender Arzt:

GLN: ZSR:

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