

## Anmeldung

**Name**

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ

Ort

**Geburtsdatum**

Telefon

Telefon

Telefon

Geschlecht

**Kostenträger**

Gesetz

Vers.-Nr.

Fall-Nr.

Fall-Datum

Versicherung

**Gewünschte Untersuchung**

Röntgen

Mammographie

Ultraschall/Duplex

CT

MR

Intervention --> Bitte um telefonische Rücksprache mit +41 61 685 82 85

**Körperregion/Organ**

**Klinische Angaben/Fragestellung**

**In Notfällen bitte telefonisch Kontakt aufnehmen mit +41 61 685 82 85**

Dringlich (innert 48 h)

Regulärer Termin

Termin bereits vereinbart für

Patient meldet sich selber an

**Patient bitte aufbieten** (Telefonnummer s. oben)

**Laborwerte**

**CT/MR**

Kreatinin  
(nicht älter als 1 Woche)

**Bilddokumentation & Befund**

**Bitte geben Sie nur verschlüsselte E-Mail-Adressen (z.B. @hin.ch) an.**

Nur schriftlicher Befund

Fax

E-Mail

Papierausdruck (nur für Röntgen & Ultraschall)

CD (alle Modalitäten möglich)

Claraportal

**Befundkopie**

Name

E-Mail/Fax

Name

E-Mail/Fax

Name

E-Mail/Fax

**Zuweisender Arzt**

GLN

ZSR

Mail

**Datum**

**Elektronische Übermittlung**

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Anmelde-Formular direkt und gesichert an die **Radiologie St. Claraspital**