



## Anmeldung Radiologie und Nuklearmedizin

Name Vorname Strasse, Nr PLZ, Ort	Telefon Telefon E-Mail Geburtsdatum Geschlecht
Dringlichkeit <input type="radio"/> Routine <input type="radio"/> Heute <input type="radio"/> Patient aufbieten <input type="radio"/> Patient hat Termin am: _____ um _____ h	
Grund <input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Unfall <input type="radio"/> Vorsorge/Screening	
<b>Kostenträger</b> Versicherung Arbeitgeber	Fall-Nr. _____ / Fall-Datum _____ VeKa-Nr. _____
<b>Gewünschte Untersuchung</b> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> MRI</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Intervention/Punktion</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Mammographie</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Dexa</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> CT</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Durchleuchtung</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Ultraschall</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Nuklearmedizin</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Röntgen</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Bestmögliche Untersuchungsmethode</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Schmerztherapie</div> </div>	
<b>Region</b> _____	
<b>Klinische Angaben</b>  <b>Fragestellung</b>	
<b>Erforderliche Angaben</b> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Allergien:</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Blutverdünner/Medikament:</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Patientin stillt</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion    TSH</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Diabetes</div> </div>	
<b>MRI</b> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;">           Platzangst    <input type="radio"/> Ja   <input type="radio"/> Nein            Herzschrittmacher   <input type="radio"/> Ja   <input type="radio"/> Nein            Anderes _____         </div> <div style="width: 33%;">           Neurostimulator   <input type="radio"/> Ja   <input type="radio"/> Nein            Innenohrimplantat   <input type="radio"/> Ja   <input type="radio"/> Nein         </div> <div style="width: 33%;">           Insulin-/Schmerzpumpe    <input type="radio"/> Ja   <input type="radio"/> Nein            Metallfremdkörper/Implantate   <input type="radio"/> Ja   <input type="radio"/> Nein         </div> </div>	
<b>MRI/CT/KM</b> Kreatinin-/GFR-Wert vom _____	<b>Intervention/Punktion</b> Quick-/INR-Wert vom _____
Bei Risikopatienten ohne Wert erfolgt Bestimmung durch uns. Thrombozytenzahl vom _____	
<b>Befund</b> <input type="checkbox"/> HIN-Mail <input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund <input type="checkbox"/> Post Befundkopie an: _____	<b>Bilddokumentation</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Internet
<b>Zuweisender Arzt</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           Tel. _____            GLN _____            Datum _____         </div> <div>           Fax _____            ZSR _____         </div> </div>	
Voraufnahmen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <b>Bitte alle Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.</b>	
<b>Elektronische Übermittlung</b> <small>Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.</small>	