

Anmeldung Radiologie und Nuklearmedizin

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	E-Mail
PLZ, Ort	Geburtsdatum
	Geschlecht

Dringlichkeit ☐ Routine ☐ Heute ☐ Patient anbieten ☐ Patient hat Termin am: _____ um _____ h

Grund ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Vorsorge/Screening

Kostenträger	Fall-Nr.	/ Fall-Datum	VeKa-Nr.
Versicherung			
Arbeitgeber			

Gewünschte Untersuchung

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Intervention/Punktion	<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/> Dexa
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Durchleuchtung	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin
<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Bestmögliche Untersuchungsmethode	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	

Region

Klinische Angaben

Fragestellung

Erforderliche Angaben

<input type="checkbox"/> Allergien:	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt
<input type="checkbox"/> Blutverdünner/Medikament:	<input type="checkbox"/> Patientin stillt
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion TSH	<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Diabetes

MRI

Platzangst <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Neurostimulator <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Insulin-/Schmerzpumpe <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Innenohrimplantat <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Metallfremdkörper/Implantate <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Anderes		

MRI/CT/KM	Intervention/Punktion	Bei Risikopatienten ohne Wert erfolgt Bestimmung durch uns.
Kreatinin-/GFR-Wert vom	Quick-/INR-Wert vom	Thrombozytenzahl vom

Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt
<input type="checkbox"/> HIN-Mail	<input type="checkbox"/> Keine	
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund	<input type="checkbox"/> Internet	
<input type="checkbox"/> Post		
Befundkopie an:		
	Tel. GLN	Fax ZSR
	Datum	
Voraufnahmen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Bitte alle Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.		

Elektronische Übermittlung

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