

## Anmeldung

<b>Personalien</b>	
Name _____	Geburtstag _____ Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Vorname _____	Tel. Privat _____
Adresse _____	Tel. Natel _____
PLZ/Ort _____	Tel. Gesch. _____
<input type="checkbox"/> Krankheit / Versicherung _____	Policen-Nr. _____
<input type="checkbox"/> Unfall / Versicherung _____	Unfall-Nr. _____
AHV-Nr. _____	Datum _____

Termin <input type="checkbox"/> Bitte aufbieten <input type="checkbox"/> Bereits vereinbart _____ <input type="checkbox"/> Notfall / bis spätestens _____
---

<b>Untersuchungsmethode</b>
<input type="checkbox"/> MRI
<input type="checkbox"/> CT
<input type="checkbox"/> Röntgen
<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> Osteodensitometrie
<input type="checkbox"/> Mammographie
<input type="checkbox"/> mit Ultraschall
<input type="checkbox"/> mit evtl. FNP/Stanzbiopsie
<input type="checkbox"/> anderes _____

<b>Region</b>
_____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts

### Klinische Angaben / Fragestellung

<b>Risikoanamnese</b>
Platzangst <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diabetes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
SD-Überfunktion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blutverdünner <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergien <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche _____
Elektr. Implantate <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche _____
Kreatinin _____ Datum _____
Grösse _____ Gewicht _____
Frauen:
Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Voruntersuchung (bitte dem Patienten mitgeben)</b>
<input type="checkbox"/> Ja, Institut _____ Datum _____ <input type="checkbox"/> Nein

<b>CD und Befundzustellung erfolgt per Post.</b>
Zusätzlich gewünscht <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> FAX, Nr. _____ <input checked="" type="checkbox"/> Online <input type="checkbox"/> telefonisch, Nr. _____
Kopie an _____

<b>Datum</b>
_____

<b>Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)</b>
_____