

Anmeldung

Personalien		
Name _____	Geburtsdatum _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Vorname _____	Tel. Privat _____	
Adresse _____	Tel. Natel _____	
PLZ/Ort _____	Tel. Gesch. _____	
<input type="checkbox"/> Krankheit / Krankenkasse _____	Policen-Nr. _____	
<input type="checkbox"/> Unfall / Versicherung _____	Unfall-Nr. _____	
AHV-Nr. _____	Unfalldatum _____	
Termin <input type="checkbox"/> Bitte aufbieten <input type="checkbox"/> Bereits vereinbart _____ <input type="checkbox"/> Notfall / bis spätestens _____		

Untersuchungsmethode <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT (Krea erforderlich) <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> DEXA <input type="checkbox"/> Infiltration / Punktion <input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> mit Ultraschall <input type="checkbox"/> mit evtl. FNP / Stanzbiopsie	Region _____ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Klinische Angaben / Fragestellung Grösse _____ Gewicht _____ Kreatinin _____ Datum _____ (wichtig für CT-Kontrastmittelgabe)
Risikoanamnese 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 mellitus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Schilddrüsen-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: _____ Frauen: Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Voruntersuchung (bitte Patienten mitgeben) <input type="checkbox"/> Ja, Institut _____ Datum _____ <input type="checkbox"/> Nein

Für neue Zuweiser: CD wird Patienten mitgegeben. Befundzustellung erfolgt per E-Mail. E-Mail _____ Tel-Nr. für Notfallbefunde: _____ Befundkopie an _____
--

Datum _____ Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)
