

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 Bitte aufbieten Bereits vereinbart _____ **Notfall** / bis spätestens _____

Untersuchungsmethode

- MRI CT (Krea erforderlich)
 Röntgen Ultraschall
 DEXA Infiltration / Punktion
 Mammographie
 mit Ultraschall
 mit evtl. FNP / Stanzbiopsie

Risikoanamnese

- Platzangst Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
Künstliche Herzklappe Ja Nein
Diabetes mellitus Ja Nein
Schilddrüsen-Überfunktion Ja Nein
Blutverdünner Ja Nein

Allergien

wenn ja, welche: Ja Nein

Elektr. Implantate

wenn ja, welche: Ja Nein

Frauen

Schwangerschaft Ja Nein

Region

_____ links rechts

Klinische Angaben / Fragestellung

Grösse _____ Gewicht _____

Kreatinin _____ Datum _____ (wichtig für CT-Kontrastmittelgabe)

Voruntersuchung (bitte Patienten mitgeben)

Ja, Institut _____ Datum _____ 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)