**Anmeldung**

**Personalien**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: [ ]  M [ ]  W

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Natel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Gesch. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Krankheit / Krankenkasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Policen-Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  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** [ ]  Ja [ ]  Nein

wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Elektr. Implantate** [ ]  Ja [ ]  Nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Frauen:**

Schwangerschaft [ ]  Ja [ ]  Nein

**Für Zuweiser: Zugangscode für das Patientenportal erhält der Patient. Befundzustellung erfolgt per E-Mail (HIN).**

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel-Nr. für Notfallbefunde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Befundkopie an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum Zuweisender Arzt** (Stempel und Unterschrift)

**Region**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  links [ ]  rechts

**Klinische Angaben / Fragestellung**

**Grösse** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_ Gewicht** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kreatinin** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_ (wichtig für CT-Kontrastmittelgabe)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Voruntersuchung (bitte Patienten mitgeben)**

[ ]  Ja, Institut \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Nein