



Anmeldung zur Untersuchung

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>	Tel. geschäftlich	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	AHV-Nummer	<input type="text"/>
		E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Suva <input type="checkbox"/> EMV <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Sonstige	Schadenummer	<input type="text"/>

Gewünschte Aufnahme, Untersuchung

<input type="checkbox"/> Röntgen	Organ, Region:
<input type="checkbox"/> Durchleuchtung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonographie	
<input type="checkbox"/> Computertomographie (CT)	
<input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie (MRI)	

Klinische Angaben, Fragestellungen

Schwangerschaft Patient:in mit Klaustrophobie

Sind Kontrastmittelunverträglichkeiten, Nierenfunktionsstörungen oder Schilddrüsenüberfunktionen bekannt?

Sonstige Besonderheiten (besondere Behinderungen; Patient:in liegend; im Rollstuhl)

Wichtig für MRI-Untersuchungen: Herzschrittmacher, bestimmte Gefässklips im Gehirn, Neurostimulatoren und Insulinpumpen sind Kontraindikationen.

Untersuchungstermin

Datum Zeit Bitte Patient:in aufbieten

Wenn möglich, Voraufnahmen beilegen oder der/dem Patient:in mitgeben.

Übermittlung Bilder/Befund

Internetzugriff auf Bildserver gewünscht Keine Bilder Telefonischer Sofortbericht

Ort, Datum Befundkopie an

Zuweisender Arzt
(Adresse, Mail,
Unterschrift)

Formular drucken