

ANMELDUNG

Name _____	Geb. Dat. _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname _____	Telefon/Natel _____
Strasse, Nr. _____	
PLZ, Ort _____	
<input type="checkbox"/> Krankheit / Versicherung _____	Policen-Nr. _____
<input type="checkbox"/> Unfall / Versicherung _____	Unfall-Nr. _____
AHV-Nr. _____	Datum _____

Termin

Patient aufbieten Patient hat Termin am _____ Zeit: _____ Uhr

Notfall / bis spätestens _____

Untersuchungsmethode

- MRI
- CT
- Mammographie
- mit Sonographie
- mit evtl. FNP/Stanzbiopsie
- Sonographie
- Röntgen
- Knochendichte (Osteodensitometrie)
- anderes _____

Region

_____ Ja Nein

Klinische Angaben / Fragestellung

Risikoanamnese

Platzangst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Cochleaimplantat	<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

Voruntersuchung (bitte dem Patienten mitgeben)

Ja, Institut _____ Datum _____ Nein

Kenntnis des Befundes erwünscht via

Ärzteportal Telefon, Nr _____ E-Mail _____ Fax _____

Post Kopie an Dr _____

Datum

Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)