

ANMELDUNG

Name _____	Geburtsdatum _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname _____	Telefon _____
Strasse, Nr. _____	Natel _____
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 Stanzbiopsie
 Sonographie
 Röntgen
 CT-gesteuerte Infiltration
 Biopsie
 Sonstige _____

Risikoanamnese

- Platzangst Ja Nein
 Herzschrittmacher Ja Nein
 Cochlea-implantat Ja Nein
 Elektr. Implantate/Prothese Ja Nein

wenn ja, welche _____

- Diabetes Ja Nein
 SD-Überfunktion Ja Nein
 Blutverdünner Ja Nein
 Allergien Ja Nein

wenn ja, welche _____

Kreatinin _____ Datum _____

Grösse _____ Gewicht _____

Schwangerschaft Ja Nein

Region

_____ links rechts

Klinische Angaben

Fragestellung

Voruntersuchung

Ja, Institut _____ Datum _____ Nein

Befundübermittlung via

- Befundportal Telefon _____ E-Mail _____ Fax _____
 Post Kopie an Dr _____

Datum

Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)