

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> amb.	<input type="checkbox"/> stat.	Station: _____												
Vorname	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich													
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Gesetzlicher Vertreter _____														
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Telefonnummer _____														
Geb. Dat.	<input type="text"/>	Mailadresse _____														
<input type="checkbox"/> Patient aufbieten <input type="checkbox"/> Patient hat Termin am: _____ Zeit: _____ Uhr																
Kostenträger	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall														
Krankenkasse:	<input type="text"/>		Vers.-Nr. / AHV-Nr.: _____													
Unfallversicherung:	<input type="text"/>		Unfall-Nr.: _____	Unfalldatum: _____												
Gewünschte Untersuchung <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> MRI</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Mammographie</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Intervention/Punktion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CT</td> <td><input type="checkbox"/> Ultraschall</td> <td><input type="checkbox"/> Infiltration</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arthro</td> <td><input type="checkbox"/> Durchleuchtung</td> <td><input type="checkbox"/> Bestmögliche Untersuchungsmethode</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Röntgen</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/> Intervention/Punktion	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Infiltration	<input type="checkbox"/> Arthro	<input type="checkbox"/> Durchleuchtung	<input type="checkbox"/> Bestmögliche Untersuchungsmethode	<input type="checkbox"/> Röntgen		
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/> Intervention/Punktion														
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Infiltration														
<input type="checkbox"/> Arthro	<input type="checkbox"/> Durchleuchtung	<input type="checkbox"/> Bestmögliche Untersuchungsmethode														
<input type="checkbox"/> Röntgen																
Region:																
Klinische Angaben und Fragestellung:				Bitte leer lassen												
Erforderliche Angaben																
<input type="checkbox"/> Allergien: _____		<input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt <input type="checkbox"/> Patientin stillt														
<input type="checkbox"/> Blutverdünnung/Medikament: _____																
MRI																
Platzangst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Neurostimulator	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Insulin-/Schmerzpumpe/Anderes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Herzschriftmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Innenohrimplantat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Metallfremdkörper/Implantate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
MRI/CT		Intervention/Punktion														
GFR-Wert: vom:	Kreatinin-Wert: vom:		Quick-/INR-Wert: vom:													
Befund		Bilddokumentation		Zuweisender Arzt												
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion		Datum: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>												
<input type="checkbox"/> Fax/Nr.: _____																
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____																
<input type="checkbox"/> Post																
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden																
Befundkopie an:				Stempel/Unterschrift												

ANFAHRTSPLAN

