

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraussetzungen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name _____	<input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> stat. Station: _____
Vorname _____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Strasse, Nr. _____	Gesetzlicher Vertreter _____
PLZ, Ort _____	Telefonnummer _____
Geb. Dat. _____	Mailadresse _____

☐ Patient aufbieten

☐ Patient hat Termin am: _____ Zeit: _____ Uhr

Kostenträger ☐ Krankheit ☐ Unfall

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr. / AHV-Nr.: _____

Unfallversicherung: _____ Unfall-Nr.: _____ Unfalldatum: _____

Gewünschte Untersuchung

<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

☐ Allergien: _____ ☐ Schwangerschaft bekannt

☐ Blutverdünnung / Medikament: _____ ☐ Patientin stillt

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
Herzschrittmacher <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: _____	Quick-/INR-Wert: _____
vom: _____	vom: _____

Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion	Datum: _____
<input type="checkbox"/> Fax/Nr.: _____		<div style="border: 1px solid #ccc; height: 80px; margin: 0 auto; width: 100%;"> Stempel/Unterschrift </div>
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr: _____		
<input type="checkbox"/> Post		
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden		
Befundkopie an: _____		

Bitte nur Vorderseite mailen: lindberg@rimed.ch

Die Einwilligung des Patienten, der Patientin, in die Verarbeitung und Aufbewahrung der Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes liegt vor. Diese beinhaltet auch die zweckgerichtete Weitergabe der Daten an Dritte.

ANFAHRTSPLAN

