RIMED
a Unilabs company

Röntgeninstitut Lindberg AG
Schickstrasse 11
8400 Winterthur
Schweiz

T +41 52 262 01 00
F +41 52 262 01 01
lindberg@rimed.ch
www.unilabs-radiology.ch

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name _____ ☐ amb. ☐ stat. Station _____

Vorname _____ ☐ weiblich ☐ männlich

Strasse, Nr. _____ Gesetzlicher Vertreter _____

PLZ, Ort _____ Telefonnummer _____

Geb. Dat. _____ E-Mail-Adresse _____

☐ Patient aufbieten

☐ Patient hat Termin am _____ um _____ Uhr

Kostenträger ☐ Krankheit ☐ Unfall

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

Unfallversicherung _____ Unfall-Nr. _____ Unfalldatum _____

Gewünschte Untersuchung

☐ MRI ☐ Mammographie ☐ Infiltration

☐ CT ☐ Ultraschall ☐ Durchleuchtung

☐ Arthro ☐ Intervention / Punktion ☐ Bestmögliche Untersuchungsmethode

☐ Röntgen

Region _____

Klinische Angaben und Fragestellung

Erforderliche Angaben

☐ Allergien _____ ☐ Schwangerschaft bekannt

☐ Blutverdünnung / Medikament _____ ☐ Patientin stillt

MRI

Platzangst ☐ ja ☐ nein | Neurostimulator ☐ ja ☐ nein | Insulin- / Schmerzpumpe / Anderes ☐ ja ☐ nein

Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein | Innenohrimplantat ☐ ja ☐ nein | Metallfremdkörper / Implantate ☐ ja ☐ nein

MRI / CT

GFR-Wert
vom

Kreatinin-Wert
vom

Intervention / Punktion

Quick- / INR-Wert
vom

Befund

☐ HIN-Mail _____

☐ Fax / Nr. _____

☐ Tel. Schnellbefund / Nr. _____

☐ Post

☐ Bitte neue Anmeldeformulare zusenden

Befundkopie an _____

Bilddokumentation

☒ Bildportal / VueMotion

Zuweisender Arzt

Name / Praxis _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte Vorderseite mailen an: **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.