Unilabs

ADUS RADIOLOGIE
a Unilabs company

Adus Radiologie Affoltern a. A.
Sonnenbergstrasse 27
8910 Affoltern am Albis

Tel. +41 44 593 64 64
Fax +41 44 593 64 63
affoltern@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. _____ Mailadresse _____

☐ Patient aufbieten

☐ Patient hat Termin am: _____ Zeit: _____ Uhr

Kostenträger ☐ Krankheit ☐ Unfall

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

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

Gewünschte Untersuchung

☐ MRI ☐ Röntgen

☐ CT ☐ bestmögliche Untersuchungsmethode

Region: _____

Klinische Angaben und Fragestellung:

Bitte leer lassen

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

Datum:

Stempel / Unterschrift

*Bitte nur Vorderseite mailen: **affoltern@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.