

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name _____	
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

MRI 3T CT Ultraschall

Upright/offenes MRI: **Multiposition** Röntgen bestmögliche Untersuchungsmethode

Upright/offenes MRI: **Standard** (z.B. bei Platzangst) DEXA Intervention/Punktion

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	Intervention/Punktion
GFR-Wert: _____	Quick-/INR-Wert: _____
vom: _____	vom: _____
Kreatinin-Wert: _____	
vom: _____	

Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion	Datum: _____
<input type="checkbox"/> Fax/Nr.: _____		Stempel/Unterschrift
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____		
<input type="checkbox"/> Post		
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden		
Befundkopie an: _____		

Bitte nur Vorderseite mailen: altstetten@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.



Unilabs

RiMED
a Unilabs company

ANFAHRTSPLAN

