

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.: _____ Datum: _____

Gewünschte Untersuchung
 MRI Röntgen Duplex-Sonographie
 CT Ultraschall Knochendichtemessung
 Mammographie/-sonographie 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 <input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____ <input type="checkbox"/> Fax / Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund / Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden Befundkopie an: _____ | Bilddokumentation <input checked="" type="checkbox"/> Bildportal / VueMotion | Zuweisender Arzt Datum: _____ <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> Stempel / Unterschrift </div> |
|---|--|--|

Bitte nur Vorderseite mailen: dielsdorf@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.