

## ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraussetzungen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

<b>Name</b> _____	
<b>Vorname</b> _____	<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  Intervention / Punktion  bestmögliche Untersuchungsmethode

CT  Ultraschall

Röntgen  Mammografie

**Region:** \_\_\_\_\_

<b>Klinische Angaben und Fragestellung:</b>	<b>Bitte leer lassen</b>

**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

<b>MRI/CT</b>	<b>Intervention / Punktion</b>
GFR-Wert: _____	Quick-/INR-Wert: _____
vom: _____	vom: _____
Kreatinin-Wert: _____	
vom: _____	

<b>Befund</b>	<b>Bilddokumentation</b>	<b>Zuweisender Arzt</b>
<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: silberturm@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**

