

Anmeldung

Patienten-Name: _____

Strasse/Nummer: _____

Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

Geb. Datum: _____

Zuweisende Ärztin/Zuweisender Arzt: _____

Gewünschte Untersuchung:
 Röntgen
 Mammographie
 Ultraschall/Duplex
 CT
 MR
 Intervention
Körperregion/Organ: _____**Klinische Angaben:** _____**Fragestellung:** _____**In Notfällen bitte telefonisch Kontakt aufnehmen:**

-
- Dringlich (innert 48 h)
-
-
- Regulärer Termin
-
-
- Termin bereits vereinbart für _____
-
-
- Patient meldet sich selber an
-
-
- Patient bitte aufbieten (Telefonnummer)

M _____

P _____

G _____

Laborwerte:

CT/MR

 Kreatinin: _____
 (nicht älter als 1 Woche)
Interventionen
 Quick: _____ %
 Thrombozyten: _____
 (nicht älter als 1 Woche)
Bilddokumentation und Befund:

-
- Nur schriftlicher Befund
-
- Fax: _____
-
- HIN-Adresse: _____
-
-
- Papierausdruck (nur für Röntgen & Ultraschall)
-
-
- CD (alle Modalitäten möglich)

Befundkopie:
 Fax: _____
 HIN-Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____