

Anmeldung

Voraufnahmen bitte zur Untersuchung mitbringen

Patient hat Termin am _____

Patient aufbieten Patient meldet sich für Termin

Personalien

Name _____ Vorname _____ Frau Mann

Adresse _____ Geburtsdatum _____

PLZ / Ort _____

Tel. Privat _____ Geschäft _____ Mobil _____

Krankenkasse _____ Mitglieder-Nr. _____

Krankheit _____ SUVA / IV _____

Unfall / Datum _____ Schaden-Nr. _____ Unfall / Police-Nr. _____

Klinische Angaben

Fragestellung

Gewünschter Untersuch

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> Ultraschall | <input type="checkbox"/> Mammografie |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> Optimale Untersuchung | <input type="radio"/> falls nötig mit US |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Punktion | <input type="radio"/> falls nötig mit FNP |

Risikofaktoren / Wichtige Zusatzinformationen für CT und MRI

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Metallfremdkörper | <input type="checkbox"/> Antikoagulation | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose |
| <input type="checkbox"/> Innenohrimplantat | <input type="checkbox"/> Metallimplantate (Clips) | <input type="checkbox"/> Platzangst | <input type="checkbox"/> Diabetes (Metformin) |
| <input type="checkbox"/> Insulin-/Schmerzpumpe | <input type="checkbox"/> Kontrastmittelallergie | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Neurostimulator | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Stillen | <input type="checkbox"/> Kreatininwert |

Befund

Bericht per Fax Mail Post Telefon Internetzugang
Bilddokumentation auf Papier CD Internetzugang

Befundkopie an _____ Anmeldeformulare senden _____ Stück

Datum _____ zuweisender Arzt (Stempel, Unterschrift)