

Anmeldung

- Bitte aufbieten
 Telefonisch vereinbarter Termin

Personalien

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr.	Telefon
PLZ, Ort	E-mail
Geb.datum	Geschlecht

Gesetz	Versich.-Nr.	Unfall-Nr.	Unfalldatum
Kostenträger			

Klinische Angaben und Fragestellung

Gewünschte Untersuchung/Region

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Mammografie diagnostisch	Körperregion
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Falls nötig mit US	
<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Falls nötig mit Stanzbiopsie	
<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Mammografie präventiv	
<input type="checkbox"/> DXA	<input type="checkbox"/> Falls nötig mit US	

Risikofaktoren

	Ja	Nein		Ja	Nein
Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bei CT - Kontrastmittelallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei MRI - Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Hyperthyreose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Platzangst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Kreatininwert		μmol/l
- Patient ist über 100 kg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		vom	

Resultat per Fax
 Telefon
 E-mail

Befundkopie an

Zuweisender Arzt

Datum

Stempel, Unterschrift (bei elektronischer Übermittlung nicht nötig)

Tel.	Fax
GLN	ZSR
E-mail	

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Röntgeninstitut Rothrist.