

Anmeldung

Patient hat Termin am: Patient aufbieten

Name		Vorname	
Strasse		PLZ/Ort	/
Geburtsdatum	Geschlecht	AHV-Nr.	
Telefon			
Versicherung		Gesetz	Vers. Nr.
		UVG/Schaden Nr.	

		MRI	CT	Röntgen	US	Mammo
Diagnosezentrum Belmont	(1T offen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI am Bahnhof	(3T)	<input type="checkbox"/>				
MRI nach Indikation (Entscheid Radiologie)		<input type="checkbox"/>				
Untersuchungsregion						
Gewicht	kg	Kreatinin	µmol/l		<input type="checkbox"/> Platzangst	

(Kontraindikationen MRI: Herzschrittmacher, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, cerebrale Aneurysmaclips, Metallsplitter)

Klinischer Befund / Fragestellung (Blockschrift)

Allergien / Implantate

Quick (Punktionen und Biopsie)

Dokumentation der Untersuchung auf
 Schnellbefund per Telefon / Fax / E-mail

CD Webportal

Arzt (Adresse, EAN, ZSR, Mail)

Bitte Kopie an (Adresse, EAN, ZSR, Mail)

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Radiologie-Institut.