

Versorgungsregion

Standort wählen

Bestätigter Termin 

Zeit

☐ Patient/in aufbieten ☐ Patient/in meldet sich

NAME

STRASSE

GEBURSDATUM

GESCHLECHT

AHV-NR.

VORNAME

PLZ / ORT

E-MAIL

MOBI

FALL

KOSTENTRÄGER

UNFALL-DATUM

VERSICHERUNG

ARBEITGEBER

VERS.-NR.

UNFALL-NR.

ADRESSE

ADRESSE

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

☐ MRI

☐ MR ARTHROGRAPHIE

☐ CT

☐ RÖNTGEN

☐ NUK THERAPIE

☐ PET / CT

☐ SPECT / CT

☐ BIOPSIE / FNP

☐ MAMMOGRAPHIE

☐ DURCHLEUCHTUNG

☐ INTERVENTIONEN

☐ ULTRASCHALL

☐ DEXA / FETTMESSUNG

☐ DVT / OPT / ZAHNRÖNTGEN

☐ KONSILIUM/ZWEITMEINUNG

REGION / ORGAN

KLINISCHE ANGABEN

FRAGESTELLUNGEN

ERFORDERLICHE ANGABEN

☐ KM-ALLERGIEN

☐ DM / METFORMIN-MEDIKATION

☐ SCHWANGERSCHAFT BEKANNT

☐ BLUTVERDÜNNUNG/MEDIKAMENT

GRÖSSE [cm]

GEWICHT [kg]

☐ PATIENTIN STILLT

MRI

☐ PLATZANGST

☐ HERZSCHRITTMACHER

☐ NEUROSTIMULATOR

☐ INNENOHRIMPLANTAT

☐ INSULIN-/SCHMERZPUMPE/ANDERES

☐ METALLFREMDKÖPER/IMPLANTATE

WO?

MRI/CT

INTERVENTION/PUNKTION

HYPERTHYREOSE

KREATININ-/GFR-WERT:

QUICK-/INR-/TC:

TSH/IT:

DATUM

DATUM

DATUM

BEFUNDUNG DURCH:

Befund per

Bild per

Schnellbefund

☐ E-MAIL

☐ H-NET

☐ JA

☐ WEBPORTAL

☐ WEBPORTAL

BEFUNDKOPIE AN:

ZUWEISER

GLN / ZSR

TELEFON

EMAIL

DATUM

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Radiologie der Hirslanden Gruppe.