ANMELDUNG

RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

HIRSLANDEN

Versorgungsregion: Versorgungsregion wählen

Standort wählen:

Bestätigter Termin: Zeit

☐ Patient/in aufbieten ☐ Patient/in meldet sich

NAME | VORNAME

STRASSE | PLZ / ORT

GEBURSDATUM | E-MAIL

GESCHLECHT | MOBI

AHV-NR. | FALL: ambulant

KOSTENTRÄGER | VERS.-NR.

UNFALL-DATUM | UNFALL-NR.

VERSICHERUNG | ADRESSE

ARBEITGEBER | ADRESSE

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

☐ MRI	☐ NUK THERAPIE	☐ MAMMOGRAPHIE	☐ DEXA / FETTMESSUNG
☐ MR ARTHROGRAPHIE	☐ PET / CT	☐ DURCHLEUCHTUNG	☐ DVT / OPT / ZAHNRÖNTGEN
☐ CT	☐ SPECT / CT	☐ INTERVENTIONEN	☐ KONSILIUM / ZWEITMEINUNG
☐ RÖNTGEN	☐ BIOPSIE / FNP	☐ ULTRASCHALL	☐ ANGIOGRAPHIE

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.