

Anmeldung zur Radiologieuntersuchung

Standort: Langenthal (LAN) Niederbipp (NIE)

Personalien



Name
Vorname
Strasse
PLZ, Ort
eMail

Geb.datum
Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon
Telefon

Kostenträger

- Krankheit
 Unfall
 Vorsorgeuntersuchung

Klinische Angaben, Voruntersuchungen und Fragestellung

Gewünschte Untersuchung

- Röntgen Mammografie
 Ultraschall anderes
 Farbdoppler Bestmögliche Modalität
 CT FNP/Biopsie (TC/Quick)
 MRI

Körperregion

Termin

- nicht dringend Untersuchungstermin: Zeit:
 dringend PatientIn direkt anbieten

Risikofaktoren

- | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| | Ja | Nein | CT: | Ja | Nein | |
| Schwangerschaft | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Allergien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | welche? |
| MRI: Implantate
(Pacer, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hyperthyreose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| | | | Kreatininwert: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | eGFR: <input type="text"/> ml/min |
| | | | <small>(nicht älter als ca. 14Tage, bei Patienten ab 60J oder unbekannter Nephropathie)</small> | | | |

Gewünschte Dokumentation

- nur Befund per eMail nur Befund per Fax
 CD/DVD Papierausdruck

Befundkopie an

Zuweisender Arzt

Datum

Tel. Fax
GLN ZSR
eMail

Unterschrift (bei elektronischer Übermittlung nicht nötig)

Elektronische Übermittlung

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