

Anmeldung zur Untersuchung

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

Gewünschte Aufnahme, Untersuchung

- | | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Röntgen | Organ/Region |
| <input type="checkbox"/> Sonographie | |
| <input type="checkbox"/> Mammographie | |
| <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung | |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT) | |
| <input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie (MRI) | |

Klinische Angaben, Fragestellung

Schwangerschaft

Sind Kontrastmittelunverträglichkeiten, Nierenfunktionsstörungen oder Schilddrüsenüberfunktionen bekannt?

Sonstige Besonderheiten (besondere Behinderungen; Patient liegend; im Rollstuhl)?

Wichtig für MRI-Untersuchung

Patient mit Klaustrophobie

Herzschrittmacher, bestimmte Gefässklips im Gehirn, Neurostimulatoren und Insulinpumpen sind Kontraindikationen

Untersuchungstermin

Datum, Zeit Bitte Patient aufbieten

Bitte, wenn möglich, Voraufnahmen beilegen oder dem Patienten mitgeben.

Bilder auf Film CD Keine Bilder Internetzugriff auf Bildserver gewünscht
 Telefonischer Sofortbericht

Arzt/Ärztin

Befundkopie

| | | | | |
|------|-----|-------|------|-----|
| Tel. | Fax | Datum | Tel. | Fax |
| GLN | ZSR | | GLN | ZSR |
| Mail | | | Mail | |

Elektronische
Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Radiologieinstitut Thun.