

Anmeldung

- Bitte aufbieten
 Telefonisch vereinbarter Termin

Personalien

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr.	Telefon
PLZ, Ort	Email
Geb.datum	Geschlecht

Gesetz	Versich.-Nr.	Unfall-Nr.	Unfalldatum
Kostenträger			

Klinische Angaben und Fragestellung

Gewünschte Untersuchung/Region

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> Mammografie diagnostisch |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> Falls nötig mit US |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Falls nötig mit Stanzbiopsie |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall | <input type="checkbox"/> Mammografie präventiv |
| <input type="checkbox"/> DXA | <input type="checkbox"/> Falls nötig mit US |

Körperregion

Risikofaktoren

	Ja	Nein		Ja	Nein
Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bei CT - Kontrastmittelallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei MRI - Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Hyperthyreose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Platzangst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Kreatininwert		µmol/l
- Patient ist über 100 kg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		vom	

Resultat per Fax
 Telefon
 E-mail

Befundkopie an

Zuweisender Arzt

Datum

Stempel, Unterschrift (bei elektronischer Übermittlung nicht nötig)

Tel. GLN
Email

Fax ZSR

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Röntgen-Institute Langenthal.