

Anmeldung

Patienten-Name: _____

Strasse/Nummer: _____

Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

Geb. Datum: _____

Zuweisende Ärztin/Zuweisender Arzt: _____

Gewünschte Untersuchung:
 Röntgen Mammographie Ultraschall/Duplex CT MR Intervention

Körperregion / Organ: _____

Klinische Angaben: _____

Fragestellung: _____

In Notfällen bitte telefonisch Kontakt aufnehmen:

- Dringlich (innert 48 h)
- Regulärer Termin
- Termin bereits vereinbart für _____
- Patient meldet sich selber an
- Patient bitte aufbieten (Telefonnummer)

M _____

P _____

G _____

Laborwerte:

CT/MR

 Kreatinin: _____
(nicht älter als 1 Woche)

Interventionen

 Quick: _____ %

 Thrombozyten: _____
(nicht älter als 1 Woche)
Bilddokumentation und Befund: Nur schriftlicher Befund

Fax: _____

HIN-Adresse: _____

 Papierausdruck (nur für Röntgen & Ultraschall) CD (alle Modalitäten möglich)**Befundkopie:**

Fax: _____

HIN-Adresse: _____

Datum: _____

Unterschrift des Arztes: _____