

**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: \_\_\_\_\_