ANMELDUNG

RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

HIRSLANDEN

Versorgungsregion Versorgungsregion wählen

Standort wählen

Bestätigter Termin Zeit

☐ Patient/in aufbieten ☐ Patient/in meldet sich

NAME VORNAME

STRASSE PLZ / ORT

GEBURSDATUM E-MAIL

GESCHLECHT MOBI

AHV-NR. FALL ambulant

KOSTENTRÄGER VERS.-NR.

UNFALL-DATUM UNFALL-NR.

VERSICHERUNG ADRESSE

ARBEITGEBER ADRESSE

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

☐ MRI ☐ NUK THERAPIE ☐ MAMMOGRAPHIE ☐ DEXA / FETTMESSUNG

☐ MR ARTHROGRAPHIE ☐ PET / CT ☐ DURCHLEUCHTUNG ☐ DVT / OPT / ZAHNRÖNTGEN

☐ CT ☐ SPECT / CT ☐ INTERVENTIONEN ☐ KONSILIUM / ZWEITMEINUNG

☐ RÖNTGEN ☐ BIOPSIE / FNP ☐ ULTRASCHALL ☐ ANGIOGRAPHIE

REGION / ORGAN

KLINISCHE ANGABEN FRAGESTELLUNGEN

ERFORDERLICHE ANGABEN

☐ KM-ALLERGIEN ☐ DM / METFORMIN-MEDIKATION ☐ SCHWANGERSCHAFT BEKANNT

☐ BLUTVERDÜNNUNG/MEDIKAMENT GRÖSSE [cm] GEWICHT [kg] ☐ PATIENTIN STILLT

MRI

☐ PLATZANGST ☐ HERZSCHRITTMACHER ☐ NEUROSTIMULATOR ☐ INNENOHRIMPLANTAT

☐ INSULIN-/SCHMERZPUMPE/ANDERES ☐ METALLFREMDKÖPER/IMPLANTATE WO?

MRI/CT INTERVENTION/PUNKTION HYPERTHYREOSE

KREATININ-/GFR-WERT: QUICK-/INR-/TC: TSH/IT:

DATUM DATUM DATUM

BEFUNDUNG DURCH:

Befund per Bild per Schnellbefund

☐ E-MAIL ☐ H-NET ☐ JA

☐ WEBPORTAL ☐ WEBPORTAL BEFUNDKOPIE AN:

ZUWEISER

GLN / ZSR

TELEFON

EMAIL

DATUM

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Radiologie der Hirslanden Gruppe.