



# Anmeldung für auswärtige Zuweiser

## Patient

Name	Bei Kindern	<input type="checkbox"/> Name Mutter	<input type="checkbox"/> Name Vater
Vorname	Telefon		
Strasse, Nr.	Telefon		
PLZ, Ort	Telefon		
Geburtsdatum	Geschlecht	E-Mail	

<b>Kostenträger</b>	Vers.-Nr.	Unfalldatum	Unfall-Nr.
Versicherung			

Gewünschte Untersuchungstechnik	Telefon	Fax	E-Mail
<input type="checkbox"/> Konv. Röntgen und Spezialuntersuchungen	052 266 26 04	052 266 47 15	roe@ksw.ch
<input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie	052 266 26 22	052 266 47 15	angio@ksw.ch
<input type="checkbox"/> Ultraschall	052 266 26 04	052 266 47 15	roe@ksw.ch
<input type="checkbox"/> Computertomographie	052 266 26 04	052 266 47 15	roe@ksw.ch
<input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie	052 266 46 01	052 266 46 03	mri@ksw.ch
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin / PET-CT	052 266 26 32	052 266 45 22	nuk@ksw.ch
<input type="checkbox"/> Mammographie	052 266 26 04	052 266 47 15	roe@ksw.ch

## Gewünschte Untersuchung

## Klinischer Befund oder Diagnose

## Fragestellung

<b>Allergien u./o. Spezielles</b>	<input type="checkbox"/> Bekannte schwere Niereninsuffizienz
	<input type="checkbox"/> Bekannte (latente) Hyperthyreose oder Schilddrüsen-Neoplasie

<b>Gewünschter Untersuchungstermin</b>	<b>Gewünschte Übermittlungsart des Befundes</b>
<input type="checkbox"/> Bitte Patient direkt aufbieten	<input type="checkbox"/> Per Briefpost
	<input type="checkbox"/> Per Fax
	<input type="checkbox"/> Per E-Mail (nur HIN-geschützt)

<b>Gewünschte Dokumentationsart</b>	<input type="checkbox"/> Keine Dokumentation	<input type="checkbox"/> Elektronischer Bildversand an HIN-Adresse	<input type="checkbox"/> Dokumentation auf CD
-------------------------------------	--	--	---

## Befundkopie an

## Zuweiser

Tel.	Fax	Datum
GLN	ZSR	Unterschrift
Mail		<div style="background-color: #cccccc; height: 60px; width: 100%;"></div>