

# Anmeldung zur Radiologieuntersuchung

Standort:  Langenthal (LAN)  Niederbipp (NIE)

## Personalien



Name  
Vorname  
Strasse  
PLZ, Ort  
eMail

Geb.datum  
Geschlecht  
AHV-Nr.  
Telefon  
Telefon

Kostenträger

Krankheit  
 Unfall  
 Vorsorgeuntersuchung

## Klinische Angaben, Voruntersuchungen und Fragestellung

### Gewünschte Untersuchung

- Röntgen  Mammografie  
 Ultraschall  anderes  
 Farbdoppler  Bestmögliche Modalität  
 CT  FNP/Biopsie (TC/Quick)  
 MRI

### Körperregion

### Termin

nicht dringend  Untersuchungstermin:  Zeit:   
 dringend  PatientIn direkt anbieten

### Risikofaktoren

	Ja	Nein	<b>CT:</b>	Ja	Nein	
Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	welche?
MRI: Implantate (Pacer, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyperthyreose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			Kreatininwert:	<input type="text"/>	$\mu\text{mol/l}$	eGFR: <input type="text"/> ml/min
			<small>(nicht älter als ca. 14Tage, bei Patienten ab 60J oder unbekannter Nephropathie)</small>			

### Gewünschte Dokumentation

- nur Befund **per eMail**  nur Befund **per Fax**  
 CD/DVD  Papierausdruck

### Befundkopie an

### Zuweisender Arzt

Datum

Tel.  Fax   
 GLN  ZSR   
 eMail

Unterschrift (bei elektronischer Übermittlung nicht nötig)

### Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das gewählte SRO-Röntgen-Institut.