RADIOLOGIE Münsingen
Thunstrasse 56
3110 Münsingen
078 307 04 50
Radiologie.Muensingen@hin.ch
www.radiologie-münsingen.ch

MRI ANMELDUNG RADIOLOGIE MÜNSINGEN

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:		PLZ/Ort
Tel./Mobil:		AHV-Nr.:
E-Mail:		
Gesetz: ▼	Unfalldatum:	Kostenträger:
	Unfall-Nr.:	Karten-Nr.:
	Vers.-Nr:	

☐ Patientin/Patient bitte aufbieten Terminwunsch bis spätestens:	Bestätigter Termin: Datum: Zeit:

Gewünschte Untersuchung: ☑ MRI

Indikation / klinische Angaben:

Fragestellung:

Schwangerschaft: ◯ Ja ◯ Nein	Kreatininwert:

Wichtig bei MRI (bitte ankreuzen):

Pacemaker	◯ Ja	◯ Nein
Allergie	◯ Ja	◯ Nein
Klaustrophobie	◯ Ja	◯ Nein
Kontrastmittel	◯ Ja	◯ Nein
Tätowierungen < 6 Wochen	◯ Ja	◯ Nein

Befundkopie: ◯ Ja ◯ Nein

Kontaktdaten verordnende Ärztin / verordnender Arzt (bitte vollständig ausfüllen bzw. Praxisstempel mit Unterschrift)**:**

Datum

Stempel, Unterschrift (bei elektronischer Übermittlung nicht nötig)

Tel. Fax
GLN ZSR
Email

Elektronische Übermittlung

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