

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraussetzungen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name _____	<input type="checkbox"/> amb.	<input type="checkbox"/> stat.	Station: _____
Vorname _____	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Strasse, Nr. _____	Gesetzlicher Vertreter _____		
PLZ, Ort _____	Telefonnummer _____		
Geb. Dat. _____	Mailadresse _____		

Patient aufbieten

Patient hat Termin am: _____ Zeit: _____ Uhr

Kostenträger Krankheit Unfall

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr. / AHV-Nr.: _____

Unfallversicherung: _____ Unfall-Nr.: _____ Datum: _____

Gewünschte Untersuchung

MRI Röntgen Duplex-Sonographie

CT Ultraschall Knochendichtemessung

Mammographie/-sonographie bestmögliche Untersuchungsmethode

Region: _____

Klinische Angaben und Fragestellung:	Bitte leer lassen

Erforderliche Angaben

Allergien: _____ Schwangerschaft bekannt

Blutverdünnung / Medikament: _____ Patientin stillt

MRI

Platzangst ja nein | Neurostimulator ja nein | Insulin- / Schmerzpumpe / Anderes ja nein

Herzschrittmacher ja nein | Innenohrimplantat ja nein | Metallfremdkörper / Implantate ja nein

MRI / CT	Intervention / Punktion
GFR-Wert: _____	Quick-/INR-Wert: _____
vom: _____	vom: _____
Kreatinin-Wert: _____	
vom: _____	

Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Bildportal / VueMotion	Datum: _____
<input type="checkbox"/> Fax / Nr.: _____		Stempel / Unterschrift
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund / Nr.: _____		
<input type="checkbox"/> Post		
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden		
Befundkopie an: _____		

Bitte nur Vorderseite mailen: dielsdorf@rimed.ch

Die Einwilligung des Patienten, der Patientin, in die Verarbeitung und Aufbewahrung der Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes liegt vor. Diese beinhaltet auch die zweckgerichtete Weitergabe der Daten an Dritte.