|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personalien | Name |  | | | | Vorname | | | |  | | |
| Geburtsdatum |  | | | | Geschlecht | | | | weiblich /  männlich | | |
| Strasse, Nr. |  | | | | PLZ, Wohnort | | | |  | | |
| Telefonnummer |  | | | | Krankheit  Unfall | | | | Versicherungsklasse  Allgemein  HP  Privat | | |
| Krankenkasse / Versicherung |  | | | | Versicherungs-nummer | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Angaben zum Auftrag | Bereits telefonisch angemeldet für den |  | | | Dringend | | Bitte aufbieten  Pat. meldet sich | | | | | Schwangerschaft:  Ja  Nein |
| Klinische Angaben  Anamnese, Befunde |  | | | | | | | | | | |
| Diagnose, Fragestellung |  | | | | | | | | | | |
| Gewünschte Untersuchung | Körperregion, Organ: | | | | | | | | | Seite:  rechts  links | |
| **Röntgen**  **Mammographie**  **Ultraschall**  **Osteodensitometrie** ( inkl. Rheumat. Empfehlung /  inkl. Rheumat. Sprechstunde) | | | | | | | | | | | |
| **MRI**  mit Arthro | | **CT** mit Arthro | | | | | | **Intervention Biopsie**  **Angiographie / Phlebographie** | | | |
| Ja / Nein  /  Herzschrittmacher, Neurostimulator, Insulinpumpe etc.  /  Klaustrophobie  /  bekannte KM-Allergie  (Gadolinium) | | Ja / Nein  /  bekannte KM - Allergie  (lod)  /  Hyperthyreose  /  Metformin-Medikation | | | | | |
| Ja / Nein  /  Gerinnungsstörung ggf. aktueller Quick    % / INR  aktuelle Thrombozyten      10³/µl  /  Antikoagulation (Marcoumar, Xarelto, ASS etc.)  bei fehlenden Angaben müssen die Patienten für die Laboruntersuchungen ½ Stunde vor dem vereinbarten Termin erscheinen | | | |
| (Untersuchung nach Ermessen des Radiologen ) | |
|  | | | | | |
| Gewicht     kg Ja / Nein  /  Niereninsuffizienz  Grösse     cm Kreatinin:    µmol/l Kreatinin bestimmt am: | | | | | | | | | | | |
| Gewünschte Benachrichtigung | telefonischer Bericht  H-Net  E-Mail [HIN secured] | | | | | | Kopie an: | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Zuweiser/in | Name, Vorname |  | | | | | | Telefon: | | | | |
| Strasse, Nr  PLZ, Wohnort |  | | | | | | Email | | | | |
| Datum der Anmeldung |  | | Bemerkungen: | | | | | | | | |