

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen 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.: _____ Unfalldatum: _____

Gewünschte Untersuchung

MRI Röntgen

CT 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.: _____		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-bottom: 5px;"></div> 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: affoltern@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.