

## MRI Anmeldeformular

Bitte Voraufnahmen mitbringen

 männlich  weiblich Patient aufbieten  Patient hat Termin am

Nachname

Vorname Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ / Ort

Telefonnummer

### Gewünschte Untersuchung:

### Kostenträger

 Krankenkasse  Unfall  SelbstzahlerName Versicherung Versicherungs-Nr.

AHV Nr.

Unfall Nr.

### Klinische Angaben / Fragestellung:

### Erforderliche Angaben

Allergien  Ja  NeinInsulin-/ Schmerzpumpe  Ja  Nein Metallimplantate  Ja  NeinHerzschrittmacher  Ja  Nein Platzangst  Ja  NeinNeurostimulator  Ja  Nein Schwangerschaft  Ja  NeinBlutverdünner / Medikamente  Ja  NeinInnenohrimplantat  Ja  Nein Patientin stillt  Ja  NeinKreatininwert vomQuick-/INR-Wert vom

### Befund und Bilddokumentation

 Fax-Nr. \_\_\_\_\_ Schnellbefund Tel-Nr. \_\_\_\_\_ Post \_\_\_\_\_ Befundkopie an: \_\_\_\_\_ Bildportal Bilder CD

### Zuweisender Arzt

Datum \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt Stempel und Unterschrift