

# Anmeldeformular

info@mribern.ch / Tel.: 031 313 04 00 / Fax: 031 313 04 09



<b>Personalien</b>	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Adresse, PLZ Ort:	
Telefon:	
<b>Kostenträger</b>	
Krankenkasse:	Mitglieder-Nr.:
SUVA/IV:	Schaden-Nr.:

<input type="checkbox"/> Bitte aufbieten	<input type="checkbox"/> notfallmässig
<input type="checkbox"/> Bereits vereinbart	Datum: <input type="text"/> Zeit: <input type="text"/>

<b>Gewünschte Untersuchung</b>				
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> PRT
<input type="checkbox"/> Arthrographien	<input type="checkbox"/> FNP	<input type="checkbox"/> Intervention		
Region/Organ/Gelenk: <input type="text"/>				

<b>Klinische Angaben</b>

<b>Fragestellung</b>

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------	-----------------------------	-------------------------------

Bei MRI-Untersuchungen	Bei CT-Untersuchungen	Bei Arthrographien
<input type="checkbox"/> Platzangst	Hyperthyreose	Blutverdünner
<input type="checkbox"/> Allergien, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Medikamente:	welche:
<input type="checkbox"/> Neurostimulator		
<input type="checkbox"/> Herz- /Kopf-OP	<input type="checkbox"/> Diabetes	<b>Bei Interventionen/FNP</b>
wenn ja, welche: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	Thrombo: <input type="text"/>
In welchem Jahr: <input type="text"/>	falls vorhanden	Quick: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/>
Implantat: <input type="text"/>	eGFR: <input type="text"/>	INR: <input type="text"/>
<i>falls vorhanden OP-Bericht mitsenden</i>	Datum: <input type="text"/>	

<b>Befundzustellung erfolgt per Mail</b>	Zusätzlich gewünscht: <input type="checkbox"/> per Post <input type="checkbox"/> Telefonisch
--	--

<b>Zuweiser Stempel /Unterschrift</b>	
	Datum: <input type="text"/>
	Telefon Nr.: <input type="text"/>
	Mail (Hin geschützt): <input type="text"/>