

# ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

|                      |                                                                                |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name</b> _____    | <input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> stat.    Station: _____ |
| <b>Vorname</b> _____ | <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**

|                                  |                                                  |                                                            |
|----------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MRI     | <input type="checkbox"/> Intervention / Punktion | <input type="checkbox"/> Durchleuchtung / Angiographie     |
| <input type="checkbox"/> CT      | <input type="checkbox"/> Ultraschall             | <input type="checkbox"/> bestmögliche Untersuchungsmethode |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Mammographie            |                                                            |

**Region:** \_\_\_\_\_

|                                             |                          |
|---------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Klinische Angaben und Fragestellung:</b> | <b>Bitte leer lassen</b> |
|---------------------------------------------|--------------------------|

**Erforderliche Angaben**

☐ Allergien: \_\_\_\_\_ ☐ Schwangerschaft bekannt

☐ Blutverdünnung / Medikament: \_\_\_\_\_ ☐ Patientin stillt

**MRI**

|                                                                             |                                                                             |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Platzangst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein        | Neurostimulator <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | Insulin- / Schmerzpumpe / Anderes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Innenohrimplantat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Metallfremdkörper / Implantate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    |

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| <b>MRI / CT</b>       | <b>Intervention / Punktion</b> |
| GFR-Wert: _____       | Quick-/INR-Wert: _____         |
| vom: _____            | vom: _____                     |
| Kreatinin-Wert: _____ |                                |
| vom: _____            |                                |

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

Bitte nur Vorderseite mailen: schwyz@rimed.ch

ANFAHRTSPLAN



