

## Anmeldung

**Personalien:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  M  W

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

Krankheit / Versicherung: \_\_\_\_\_ Police-Nr.: \_\_\_\_\_ AVH Nr.: \_\_\_\_\_

Unfall / Versicherung: \_\_\_\_\_ Unfall-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Termin:**  Bitte aufbieten  Bereits vereinbart: \_\_\_\_\_  **Notfall** / bis spätestens: \_\_\_\_\_

Untersuchungsmethode	Region
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> mit Ultraschall <input type="checkbox"/> mit evt. FNP/Stanzbiopsie <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie (DEXA) <input type="checkbox"/> Anderes: _____	<div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; padding-bottom: 5px;"> <span>_____</span> <span><input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts</span> </div> <div style="margin-top: 10px;"><b>Klinische Angaben/Fragestellung:</b></div>      <div style="border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;"><b>Voruntersuchung (bitte dem Patienten mitgeben):</b></div> <input type="checkbox"/> Ja, Institut: _____ Datum: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Risikoanamnese	
Platzangst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Künstl. Herzklappe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Diabetes: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein SD-Überfunktion: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Blutverdünner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Allergien: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche: _____  Elektr. Implantate: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche: _____  Kreatinin: _____ Datum: _____ Grösse: _____ Gewicht: _____  <b>Frauen:</b> Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

**Befundzustellung erfolgt per Mail.**

**Zusätzlich gewünscht:**  Post  Telefonisch, Nr.: \_\_\_\_\_

Kopie an: \_\_\_\_\_

Datum: _____	Zuweiser Arzt (Stempel und Unterschrift)
--------------	--