

Patientenanmeldung Radiologie

Anmeldung Radiologie: radiologie@spitalmaennedorf.ch
 Anmeldung MRI: mri@spitalmaennedorf.ch
 Sekretariat / Befunde: sekretariatradio@spitalmaennedorf.ch

Telefon: 044 922 20 01 Fax: 044 922 20 51
 Telefon: 044 922 20 08 Fax: 044 922 20 54
 Telefon: 044 922 20 52

Personalien	Name		Vorname	
	Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich
	Strasse, Nr.		PLZ, Wohnort	
	Telefonnummer		Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/>	Versicherungsklasse <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Privat
	Krankenkasse / Versicherung		Versicherungs- nummer	

Angaben zum Auftrag	Bereits telefonisch angemeldet für den	<input type="checkbox"/> Notfall	<input type="checkbox"/> Bitte aufbieten <input type="checkbox"/> Pat. meldet sich	Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Klinische Angaben Anamnese, Befunde			
	Diagnose, Fragestellung			
	Gewünschte Untersuchung	Körperregion, Organ:	Seite: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
	<input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie (<input type="checkbox"/> inkl. Rheumat. Empfehlung / <input type="checkbox"/> inkl. Rheumat. Sprechstunde)			
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> mit Arthro Ja / Nein <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher, Neurostimulator, Insulinpumpe etc. <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Klaustrophobie <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> bekannte KM-Allergie (Gadolinium)		<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> mit Arthro Ja / Nein <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> bekannte KM - Allergie (Iod) <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Hyperthyreose <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Metformin-Medikation	
	(Untersuchung nach Ermessen des Radiologen <input type="checkbox"/>)		<input type="checkbox"/> Intervention Biopsie <input type="checkbox"/> Angiographie / Phlebographie Ja / Nein <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung ggf. aktueller Quick <input type="text"/> % / INR <input type="text"/> aktuelle Thrombozyten <input type="text"/> 10 ³ /µl <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Antikoagulation (Marcoumar, Xarelto, ASS etc.) <u>bei fehlenden Angaben müssen die Patienten für die Laboruntersuchungen ½ Stunde vor dem vereinbarten Termin erscheinen</u>	
	Gewicht <input type="text"/> kg	Ja / Nein <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz		
	Grösse <input type="text"/> cm	Kreatinin: <input type="text"/> µmol/l Kreatinin bestimmt am:		
	Gewünschte Benachrichtigung	<input type="checkbox"/> telefonischer Bericht <input type="checkbox"/> H-Net <input type="checkbox"/> E-Mail [HIN secured]		Kopie an:

Zuweiser/in	Name, Vorname		Telefon:	
	Strasse, Nr PLZ, Wohnort		Email	
	Datum der Anmeldung		Bemerkungen:	

