

# Patientenanmeldung Radiologie

Anmeldung Radiologie: [radiologie@spitalmaennedorf.ch](mailto:radiologie@spitalmaennedorf.ch)  
 Anmeldung MRI: [mri@spitalmaennedorf.ch](mailto:mri@spitalmaennedorf.ch)  
 Sekretariat / Befunde: [sekretariatradio@spitalmaennedorf.ch](mailto:sekretariatradio@spitalmaennedorf.ch)

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

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 anbieten <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"/> <b>Röntgen</b> <input type="checkbox"/> <b>Mammographie</b> <input type="checkbox"/> <b>Ultraschall</b> <input type="checkbox"/> <b>Osteodensitometrie</b> ( <input type="checkbox"/> inkl. Rheumat. Empfehlung / <input type="checkbox"/> inkl. Rheumat. Sprechstunde)			
	<input type="checkbox"/> <b>MRI</b> <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"/> <b>CT</b> <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"/> <b>Intervention Biopsie</b> <input type="checkbox"/> <b>Angiographie / Phlebographie</b> 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 <sup>3</sup> /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:	

