

Anmeldung zur Radiologie

Patientin/Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Telefon tagsüber
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	Termin bereits vereinbart am:	Termin noch nicht vereinbart:
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		<input checked="" type="checkbox"/> bitte aufbieten

Gewünschte Untersuchung

<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> MR See-Spital (am Bahnhof Horgen) <input type="checkbox"/> Angiologie (Dr. med. Peter Haesler) <input type="checkbox"/> Anderes	(Kreatininwert: <input type="text"/> µmol/l)
--	--

Klinische Angaben und Fragestellung

Bitte Dokumente zu Voruntersuchungen und bestehende Röntgenbilder zur Untersuchung mitgeben oder schicken.

Zusätzliche Angaben

Schwangerschaft	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Niereninsuffizienz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Klaustrophobie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Bericht ...

<input type="checkbox"/> Schnellbefund per Telefon <input type="checkbox"/> Befund nur per Fax <input type="checkbox"/> Befund nur per E-Mail <input type="checkbox"/> CD mitgeben <input type="checkbox"/> Keine Bilddokumentation <input type="checkbox"/> Zustellung per Post (ca. 5 Tage)
--

... an Telefon/Fax/E-Mail

Telefonnummer/Faxnummer für Bericht

E-Mail-Adresse für Bericht

Zuweisender Arzt

(Ihr) Vorname/Name	PLZ/Praxisort	Telefon Praxis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Berichte an folgende Secure-Mail z.B. @hin.ch
		<input type="text"/>

Sie können das Formular nur ausdrucken oder versenden, falls Sie alle rot markierten Felder ausgefüllt haben.

senden

drucken

Datum des Versands/Ausdrucks (wird automatisch generiert):