|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung für eine Radiologische Untersuchung** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Patientenangaben** | | | | | | | **Vereinbarter Untersuchungstermin** | | | | | | | | |
| Name | |  | | | | | Datum | | | |  | | Uhrzeit | |  |
| Vorname | |  | | | | |  | | | | |  |  | |  |
| Geschlecht | |  | | | | | Patient meldet sich | | | | | | Patient aufbieten | | |
| Geburtsdatum | |  | | | | |  | |  | | | | | | |
| Strasse | |  | | | | | Krankheit | | | | |  | Unfall | |  |
| PLZ, Wohnort | |  | | | | | Versicherung | | | |  | | | | |
| Telefonnr. | |  | | | | |  | | | |  |  | |  | |
| E-Mail | |  | | | | |  | | | |  |  | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | |  |  | |  | |
| **Gewünschte Untersuchung** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Röntgen | | | CT | | MR | | | | | Ultraschall | | | | Durchleuchtung | |
| Intervention | | | Biopsie | | Sonstiges | | | | | nach Ermessen des Radiologen | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | |  | | | | | |
| **Region** | | | Rechts | | Links | | | | | Beidseits | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fragestellung** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Klinische Angaben** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  |  | |  | |
| **Fallrelevante Informationen** | | | | | | | | | | |  | **Nierenfunktion** | | | |
| KM-Allergie | | | Nein | Ja, welche | |  | | | | | | Kreatinin | |  | |
| Niereninsuffizienz | | | Nein | Ja | |  | | | | | | eGFR | |  | |
| Hyperthyreose | | | Nein | Ja | |  | | | | | | Datum | |  | |
| Klaustrophobie | | | Nein | Ja | |  | | | | | | **Intervention** | | | |
| Herzschrittmacher | | | Nein | Ja | |  | | | | | | Quick | |  | |
| Implantate | | | Nein | Ja, welche | |  | | | | | | INR | |  | |
| Schwangerschaft | | | Nein | Ja | |  | | | | | | TC | |  | |
| Blutverdünner | | | Nein | Ja, welche | |  | | | | | | Datum | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | |  |  | |  | |
| **Zuweisender Arzt/Ärztin** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | Datum | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| GLN Nr: |  | | | | | | | Unterschrift | | | | | | | |
| Telefon: |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| E-Mail: |  | | | | | | |  | | | | | | | |

**SO KOMMEN**

**SIE ZU UNS**

Die Radiologie VIVA befindet sich im 2. Stock des Medizinischen Zentrum VIVA, direkt neben dem BäreTower beim Bahnhof Ostermundigen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Mit öffentlichen Verkehrsmitteln**  Sie erreichen uns bequem mit dem Zug oder den Buslinien 10, 28 und 44 bis Ostermundigen Bahnhof.  **Mit dem Auto**  Unser Radiologiezentrum liegt nur wenige Minuten von der Autobahn A1/A6 (Ausfahrt Wankdorf) entfernt.  Das Parking im BäreTower bietet ausreichend Parkmöglichkeiten und einen direkten Zugang zu unserem Zentrum. | **Radiologie VIVA AG**  Bernstrasse 21  3072 Ostermundigen  Tel. 031 917 77 66  info@radiologie-viva.ch  radiologie-viva@hin.ch  www.radiologie-viva.ch |

Ein Bild, das Screenshot, Text, Karte enthält.

Automatisch generierte Beschreibung