

RÖNTGENANMELDUNG

Gewünschtes Spital

 Aarberg Tel. 032 / 391 83 93 Fax 032 / 391 83 99
 Belp Tel. 031 / 818 91 74 Fax 031 / 818 91 78
 Schwarzenburg Tel. 031 / 734 35 06 Fax 031 / 734 35 37

 Riggisberg Tel. 031 / 808 71 95 Fax 031 / 808 71 00
 Tiefenau Tel. 031 / 308 84 52 Fax 031 / 308 89 52

Name, Vorname: Strasse: PLZ, Wohnort: Geburtsdatum: Telefon: Versicherung / KK: Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit	Zuweiser: (Stempel und Unterschrift) Fax Nr.: Telefon: Datum der Untersuchung: <input type="checkbox"/> Notfallmässig <input type="checkbox"/> Patient anbieten	
Gewünschte Untersuchung: (Seitenangabe nicht vergessen) <input type="checkbox"/> mit Gips <input type="checkbox"/> ohne Gips		
Klinische Angaben: (Anamnese, Operationen, ggf. Therapie)		
Fragestellung/Verdachtsdiagnose:		
Für alle Untersuchungen: Schwangerschaft ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Bei folgenden Untersuchungen sind zusätzliche Angaben nötig		
MRI Herzschrittmacher ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Claustrophobie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antikoaguliert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kreatinin Clarence Implantate: 	CT Allergien ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Welche? Kreatinin Clarence Antikoaguliert ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Niereninsuff. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hyperthyreose ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Diabetes Orale Antidiabetika wie Metformin ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Intervention FNP + Drainage im CT oder im Ultraschall Quick: Thrombo: Kreatinin:
Bitte alle Voruntersuchungen mitgeben <input type="checkbox"/> keine vorhanden <input type="checkbox"/> bringt Patient mit <input type="checkbox"/> vorhanden bei: <input type="checkbox"/> Bericht des Befundes bitte sofort telefonisch <input type="checkbox"/> Kopie an:		