

Anmeldeformular



RADIOLOGISCHES
INSTITUT ZÜRICH



RIMED
Mühlebachstrasse 7
8008 Zürich
1. Etage

Per E-Mail bitte an folgende Adressen: bellevue@rimed.ch & metarad@hin.ch
Telefon: +41 43 222 60 70 / Fax: +41 43 222 60 80

| Personalien | | | | |
|--------------------------|----|-----------------------|--------------|-----|
| Name: _____ | | Vorname: _____ | | |
| Geburtsdatum: _____ | | männlich | weiblich | |
| Adresse, PLZ, Ort: _____ | | | | |
| Telefon: _____ | | | | |
| Kostenträger | | | | |
| Krankenkasse: _____ | | Mitglieder-Nr.: _____ | | |
| SUVA/IV: _____ | | Schaden-Nr.: _____ | | |
| Bitte aufbieten | | notfallmässig | | |
| Bereits vereinbart | | Datum: _____ | Zeit: _____ | PRT |
| Gewünschte Untersuchung | | | | |
| MRI | CT | Röntgen | Ultraschall | |
| Arthrographien | | FNP | Intervention | |
| Klinische Angaben | | | | |
| | | | | |
| Fragestellung | | | | |
| | | | | |
| Schwangerschaft | | Ja | Nein | |

| Bei MRI-Untersuchungen | Bei CT-Untersuchungen | | Bei Arthrographien | |
|--|---------------------------------|--|---------------------------------|------|
| Platzangst | Hyperthyreose | | Blutverdünner | |
| Allergien, welche? _____ | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Neurostimulator | Medikamente: _____ | | Welche Blutverdünner: _____ | |
| Herz- / Kopf-OP | Diabetes | | Bei Interventionen / FNP | |
| Wenn ja, welche: _____ | Niereninsuffizienz | | Thrombos: | |
| In welchem Jahr: _____ | Falls vorhanden, eGFR: _____ | | Quick: | |
| Implantat: _____ | | | INR: | |
| | | | Datum: | |
| Datum: _____ | | Falls OP-Bericht vorhanden bitte mitsenden | | |
| Befundzustellung per Mail | Zusätzlich gewünscht: | Per Post: _____ | Telefonisch _____ | |
| Zuweiser Stempel / Unterschrift | | | | |
| | | Datum: _____ | | |
| | | Telefon Nr.: _____ | | |
| | | Mail (Hin geschützt): _____ | | |