

ANMELDUNG RADIOLOGIE SONNENHOFSPITAL

RÖNTGEN KONVENTIONELL, EOS, ULTRASCHALL, COMPUTERTOMOGRAPHIE, MAGNETRESONANZ IMAGING, SPINALE SCHMERZTHERAPIE, ORTHOPÄDISCH-RHEUMATOLOGISCHE RADIOLOGIE, UROLOGISCHE / PROSTATARADIOLOGIE

Patientin / Patient

F M

Krankheit

Unfall

Name

Telefon

Vorname

Krankenkasse

Geburtsdatum

Unfallversicherung

Strasse, Nr.

Unfall-Nr.

PLZ, Wohnort

Arbeitgeber / in

Vereinbarter Termin

Tag

Datum

Zeit

Patientin / Patient bitte aufbieten

Patientin / Patient meldet sich

Gewünschte Aufnahme, Untersuchung (Organ, Region)

Röntgen

CT

EOS Röntgen

MRI

Schmerztherapie

Arthro

Ultraschall

Anamnese, Klinische Angaben

Fragestellung

Besonderes (Hyperthyreose, Allergien, Unverträglichkeiten, Implantate)

Laborwerte (Quick, INR, Kreatinin)

Claustrophobie

ja

nein

Schwangerschaft

ja

nein

Datum

Berichtskopie an

Zuweisende / r Ärztin / Arzt (Stempel, Unterschrift, Tel.)

Bitte neue Situationspläne

Bitte neue Anmeldeformulare

Bitte Voruntersuchungen dieser Anmeldung beilegen!

Sonnenhofspital

Buchserstrasse 30 | 3006 Bern

Tel. +41 031 358 16 21 | Fax +41 031 358 19 04 | radiologie.sonnenhof@lindenhofgruppe.ch

lindenhofgruppe.ch



LINDENHOFGRUPPE