

Anmeldung Radiologie



**Spital
Zollikerberg**

Radiologie
Chefarzt Dr. med. Stephan A. Meier
Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg
T +41 44 397 23 11
F +41 44 397 26 84
radiologie@spitalzollikerberg.ch

Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)

AHV-Nr.: _____ Pat.ID: _____

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weibl. männlich

Strasse/Nr.: _____

PLZ / Ort / Kanton: _____

Zivilstand: Ledig Verheiratet Eingetragene Partnerschaft Geschieden Ausgetragene Partnerschaft Verwitwet

Telefon: Privat: _____ Mobil: _____ Geschäft: _____ E-Mail: _____

Versicherungsklasse (Für die präzise Registrierung der Anmeldung sind wir auf den Namen der Krankenkasse und den Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten angewiesen.)

Allgemein grundversichert Allgemein ganze CH Halbprivat Privat Spitalzusatzvers. amb. Eingriffe Selbstzahler:in

Grundversicherung (KVG)/Sektion: _____

Zusatzversicherung (VVG)/Sektion: _____

Versicherungskartenummer KVG: _____ Versicherungskartenummer VVG: _____

Anmeldung für

konv. Röntgen Mammographie Angiographie Biopsie Ultraschall Computertomographie
 Magnetresonanztomographie Schmerztherapie Knochendichte DEXA mit Therapieempfehlung / mit endokrin. Konsil

Gewünschte Untersuchung(en) / Körperregion

Dringlichkeit:

dringend (innerhalb 1 Woche) rasch (1-2 Wochen) nicht dringend

Patient:in bitte aufbieten bereits angemeldet Datum: _____ Zeit: _____

Anamnese / Klinische Angaben:

Serum-Kreatinin: _____ µmol/L

Thrombozyten: _____ x109/L

Quick: _____ %

Allergien: Ja Nein

welche _____

Hyperthyreose? Ja Nein

Diabetes mellitus? Ja Nein

Fragestellung:

Für Untersuchungen erforderlich:

CT mit KM: nüchtern, Krea
 MRI mit KM: nüchtern, Krea
 MRCP: nüchtern, kein Kaffee/Tee
 Sono Abdomen: nüchtern, volle Blase
 Interventionen: Gerinnungswerte
 Angio/PTA: Krea, Gerinnungswerte

Befund: direkt per HIN-Mail an: _____ Fax: _____

Schnellbefund: direkt per HIN-Mail an: _____ Fax: _____

Bildversand: mit Patient:in per Post Ich wünsche folgende Bilddokumentation: Keine Papier CD Film

Name Zuweiser:in: _____ Kopie gewünscht, an: _____

Name Hausarzt:in: _____

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin / des anmeldenden Arztes