

Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____ m w

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon/Mobil: _____

Krankenkasse: _____ Mitglieder-Nr.: _____

Termin bereits vereinbart _____ bitte aufbieten **Dringlichkeit** hoch bald elektiv

Besondere Wünsche/Bemerkungen: _____

RÖNTGENINSTITUT BADEN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Optimales bildgebendes Verfahren | <input type="checkbox"/> Röntgen |
| <input type="checkbox"/> Mammadiagnostik | <input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie |
| <input type="checkbox"/> <i>Sonographie erfolgt durch Überweiser</i> | <input type="checkbox"/> MRCP |
| <input type="checkbox"/> Knochendichte-Messung (DEXA) | <input type="checkbox"/> MR-Enteroklyse |
| <input type="checkbox"/> Sonographie | <input type="checkbox"/> MR-Angiographie |
| <input type="checkbox"/> Duplex-Sonographie | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| | <input type="checkbox"/> CT-gesteuerte Infiltration |
- _____

AMBULANTE GASTROENTEROLOGIE BADEN

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sonographie | <input type="checkbox"/> PEG-Sondenanlage |
| <input type="checkbox"/> Elastographie | <input type="checkbox"/> Stent-Einlage |
| <input type="checkbox"/> Duplex-Sonographie | <input type="checkbox"/> Dilatation |
| <input type="checkbox"/> US-gesteuerte FNP | <input type="checkbox"/> Atemtest Helicobacter (C13) |
| <input type="checkbox"/> Leberbiopsie | <input type="checkbox"/> Atemtest Laktose (H2LTT) |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Atemtest Fruktose (H2FTT) |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Gastroenterolog. Konsilium |
| <input type="checkbox"/> Rekto-Sigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> Hepatologisches Konsilium |
| <input type="checkbox"/> Proktoskopie | |
- _____

Klinische Angaben:

Fragestellung:

MRT

Schrittmacher, Defibrillator, Gelenkersatz, Herzklappen, Cochlea-Implantate, Piercing, Metallsplitter, Neurostimulator, Gefäßclips
 nein ja _____

MRT-KM-Allergie nein ja

Kreatinin: _____

CT/Röntgen mit KM

Rö-KM-Allergie nein ja

TSH: _____ Kreatinin: _____

Schwangerschaft

nein ja

Funktionstests

Antibiotika in den letzten 6 Wochen
 nein ja _____

Endoskopie/Punktion/Biopsie

Gerinnungsstörung
 nein ja _____

Antikoagulation
 nein ja _____

Thrombozytenhemmer
 nein ja _____

INR: _____ PTT: _____

Thromb.: _____ Hb: _____

Datum: _____ **Arzt:** _____

FORMULAR SENDEN

Standarddokumentation: CD **Zusätzliche Möglichkeiten:** Papierausdruck Online-Zugriff (nach Registrierung)