

Anmeldung

Name _____

Vorname _____ m w

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon/Mobil _____

Krankenkasse _____

Mitglieder-Nr. _____

Termin bereits vereinbart _____ bitte aufbieten

Dringlichkeit Notfall* bald elektiv

*Notfall-Termine nach telefonischer Vereinbarung

Telefonnummer für Befundmitteilung _____

Besondere Wünsche/Bemerkungen _____

RÖNTGENINSTITUT BADEN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Optimales bildgebendes Verfahren | <input type="checkbox"/> Röntgen |
| <input type="checkbox"/> Mammadiagnostik | <input type="checkbox"/> Ösophagus-Breischluck |
| <input type="checkbox"/> Sonographie erfolgt durch Überweiser | <input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie |
| <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung (DEXA) | <input type="checkbox"/> MRCP |
| <input type="checkbox"/> Sonographie | <input type="checkbox"/> MR-Enterolyse |
| <input type="checkbox"/> Duplex-Sonographie | <input type="checkbox"/> MR-Angiographie |
| <input type="checkbox"/> Sonographisch gesteuerte FNP/Biopsie | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> anderes | <input type="checkbox"/> CT-gesteuerte Infiltration |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

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"/> Dilation |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | <input type="checkbox"/> Atemtest Helicobacter (C13) |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie | <input type="checkbox"/> Atemtest Laktose (H2LTT) |
| <input type="checkbox"/> Rektosigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> Atemtest Fruktose (H2FTT) |
| <input type="checkbox"/> Proktoskopie | <input type="checkbox"/> Gastroenterolog. Konsilium |
| | <input type="checkbox"/> Hepatologisches Konsilium |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Klinische Angaben _____

Fragestellung _____

MRI

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

MRI-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 _____

Stempel und Unterschrift _____

Standarddokumentation Online-Zugriff (nach Registrierung)

Zusätzliche Möglichkeiten CD H-Net