RÖNTGENANMELDUNG

INSTITUT FÜR RADIOLOGIE

Spital Emmental

☐ **Burgdorf**
Röntgen / Mammographie / US / CT / MRI
Tel: 034.421.26.00 / Fax: 034.421.26.99
radiologie.aufnahme.burgdorf@spital-emmental.ch

☐ **Langnau**
Röntgen / Mammographie / US / CT / MRI
Tel: 034.421.36.11 / Fax: 034.421.36.99
radiologie.mtra.langnau@spital-emmental.ch

MR-Anmeldungen für Burgdorf und Langnau an Tel 034 421 26 00 / Fax 034 421 26 99

Name, Vorname: .....
Strasse: .....
PLZ, Wohnort: .....
Geburtsdatum: .....
Telefon: .....
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich
Krankheit/Unfall: ☐ Krankheit ☐ Unfall

Zuweiser: (Stempel und Unterschrift)

Fax Nr.: ……..
Mail: ……..@hin.ch
Telefon: ……

Vereinbarte Untersuchungszeit: ☐ Patient aufbieten ☐ Notfallmässig

……

Gewünschte Untersuchung (Seitenangabe nicht vergessen): ☐ mit Gips ☐ ohne Gips

Klinische Angaben: (Anamnese, Operationen, ggf. Therapie)

Fragestellung/Verdachtsdiagnose:

Für alle Untersuchungen: Schwangerschaft ja ☐ nein ☐

Bei folgenden Untersuchungen sind zusätzliche Angaben nötig

MRI
Herzschrittmacher ja ☐ nein ☐
Claustrophobie ja ☐ nein ☐
Kreatinin …….
Clearence …….
Implantate …….
……

CT
Allergien ja ☐ nein ☐
Welche? .....
……..……...
Kreatinin ……..……..
Clearence ……
Niereninsuff. ja ☐ nein ☐
Hyperthyreose ja ☐ nein ☐
Diabetes ja ☐ nein ☐

Intervention
FNP + Drainage im CT oder im Ultraschall

Antikoaguliert ja ☐ nein ☐
Quick: .....
Thrombo: .....
Kreatinin: .....

Bilddokumentation ☐ nur Befund ☐ CD/DVD ☐ Ausdruck
Befundbericht per ☐ Post ☐ Fax ☐ E-Mail (HIN)
Telefonischer Bericht ☐ nein ☐ ja Tel.-Nr.: .....
Befundkopie an: .....
Bei Fraktur ☐ Notfall RSE ☐ retour

F-476/RSE/09.15