** Radiologie Thun
 Radiologie Berner Oberland AG**

 Hohmadstrasse 1
 3600 Thun

078 255 54 00

mrithun@hin.ch

mrithun.ch

**ANMELDUNG RADIOLOGIE THUN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name:** | **Vorname:** | **Geburtsdatum:** |
| **Strasse:** | **PLZ / Ort:** |
| **Telefon / Mobil:** | **Kostenträger:** |
| **E-Mail:** | **AHV-Nr.:** |
| [ ]  **Krankheit**  | **Unfalldatum:** |
| [ ]  **Unfall** | **Vers.-/Unfall-Nr.** | **Karten-Nr.:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Terminwunsch****bis spätestens:**  | [ ]  **Patientin/Patient bitte aufbieten** |

|  |
| --- |
| **Indikation / klinische Angaben:****Fragestellung:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Schwangerschaft:** [ ] **Ja** [ ] **Nein** | **Kreatininwert:** |

**Wichtig für MRI (bitte ankreuzen):**

**Pacemaker** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

**Allergie** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

**Klaustrophobie** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

**Kontrastmittel** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

**Tätowierungen < 6 Wochen** [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

**Befundkopie:**

[ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

**Kontaktdaten verordnende Ärztin / verordnender Arzt (bitte vollständig ausfüllen bzw. Praxisstempel mit Unterschrift):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Praxisname:** | **Unterschrift, Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Name und Vorname Ärztin/Arzt:** |
| **Adresse:** |
| **PLZ / Ort:** |
| **Telefon/E-Mail:** |