** 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:** |