**Radiologie Thun**

**Radiologie Berner Oberland AG**

Hohmadstrasse 1

3600 Thun

033 552 01 60

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** |
| --- | --- |

| **Gewünschte  Untersuchung:** | **Kontrastmittel ☐ Ja ☐ Nein** |
| --- | --- |

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

| **Schwangerschaft: ☐ Ja ☐ Nein** | **Kreatininwert:** |
| --- | --- |

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

**Pacemaker ☐ Ja ☐ Nein**

**Allergie ☐ Ja ☐ Nein**

**Klaustrophobie ☐ 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:** |