

## ANMELDUNG

**Zum frühesten Termin, Standort ist egal** | Anmeldung nur an einen Standort senden

**Engeriedspital** | Riedweg 15 | Postfach | 3001 Bern | Öffnungszeiten 07.30 – 18.00 Uhr  
Tel. +41 31 366 34 61 | Fax +41 31 366 38 77 | radiologie.engeried@lindenhofgruppe.ch

**Lindenhofspital** | Bremgartenstrasse 117 | Postfach | 3001 Bern | Öffnungszeiten 07.30 – 17.30 Uhr  
Tel. +41 31 300 87 60 | Fax +41 31 300 88 49 | radiologie.lindenhof@lindenhofgruppe.ch

Brustradiologie	Nuklearmedizin
Cardio-Vaskuläre Radiologie	Pädiatrische Radiologie
Diagnostische Neuroradiologie	Pneumoradiologie
Gastro-intestinale Radiologie	Rheumatologische Radiologie
Interventionelle Radiologie/Mikrotherapie	Uro-Radiologie

[www.lindenhofgruppe.ch/de/fachgebiete/radiologie/unsere-spezialisten/](http://www.lindenhofgruppe.ch/de/fachgebiete/radiologie/unsere-spezialisten/)

Falls gewünscht **ad personam** für:

### PATIENTIN/PATIENT

Mann  Frau Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

Tel. P/M \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

**Krankheit**  **Unfall**

Name \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. G \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

SUVA  UVG  IV  MV, Selbstzahler

### Vereinbarter Termin (Datum/Zeit)

Patient/in bitte aufbieten

Patient/in meldet sich selbst

Nächster Arzttermin  ja  nein Datum \_\_\_\_\_

### GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

CT

Röntgen

Mammographie

Dexa Messung

MRI

Intraartikuläre KM-Gabe

FNP/Biopsie

Interventionen/Mikrotherapie

SPECT/CT

Nuklearmedizin

Ultraschall

Sprechstunde

Organ/Region \_\_\_\_\_

Klinische Angaben/Fragestellung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besonderes (Hyperthyreose Allergien, Unverträglichkeiten, Implantate) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Laborwerte (Quick/INR/Kreatinin) \_\_\_\_\_

Schwangerschaft  ja  nein

### BEFUNDUNG

Befund per  E-Mail

Dokumentation

DVD

Patient/in mitgeben

Fax

an Praxis senden

per Post

Webserver/Synedra

Berichtskopie an \_\_\_\_\_

### Voruntersuchungen

Voraufnahmen liegen bei

Patient bringt Bilder/CD mit

werden geschickt

**Zuweisender/e Arzt/Ärztin** (Unterschrift, Stempel)