imamed.
Radiologie Nordwest

Patientenanmeldung

Personalien

Name | **Geburtsdatum**

Vorname | **Geschlecht**

Strasse Nr. | **Mobil/Telefon**

PLZ/Ort | **E-Mail**

Kostenträger

Versicherung | **Gesetz** | **Unfall-Dat.**

Unfall-Nr.

Termin

Datum **Zeit** **Uhr**

◯ **Bitte Patient aufbieten**

◯ **Grossbasel** Sternengasse 18, Basel
◯ **Kleinbasel** Untere Rebgasse 18, Basel
◯ **Liestal** Rheinstrasse 16, Liestal
◯ **Reinach** Bruggstrasse 12b, Reinach

Untersuchungsmethode

◯ **Röntgen**
◯ **Ultraschall**
◯ **Duplex-Sonographie**
◯ **Mammographie** inkl. Tomosynthese
◯ **MRI**
◯ **CT** ◯ Kreatininwert (<14 Tage)

µmol/l

Bei Risikopatienten ohne Wert erfolgt Bestimmung durch uns

◯ Kontrastmittelallergie (Jod)
◯ Hyperthyreose

◯ **DVT/Conebeam CT**
◯ **Dexa/Knochendichte**
◯ **Bildgest. Schmerztherapie**

Körperregion

Klinische Angaben / Fragestellung

Bilddokumentation

◯ **Papier** ◯ **DVD** ◯ **H-net** (Spitäler)

Ohne Angaben nur digitaler Versand via **Zuweiser-portal** (nach vorgängiger einmaliger Registrierung)

Arzt / Ärztin

Datum | Unterschrift

Berichtskopie an:

Imamed
Radiologie Nordwest AG
Postfach, 4005 Basel
www.imamed.ch

Tel. 061 686 42 42
Fax 061 686 42 43
anmeldung@imamed.ch