

Externe Anmeldung für Schnittbilddiagnostik

Datum: \_\_\_\_\_

**Untersuchung**

- MRI
- CT
- anderes:

**Art der Untersuchung**

- In Narkose (mit Anästhesie Begleitung)
- In natürlichem Schlaf nach Stillen und Chloralhydrat (Termingeborenen bis 6 Monate)
- In natürlichem Schlaf nach Stillen (Früh-/Neugeborenes bis 44. Woche postkonzeptionell)
- Ohne Narkose (Kinder, die problemlos 1h ruhig liegen können)

**Termin**

- Innerhalb 2-4 Wochen
- innerhalb 4-6 Wochen
- .....

**Patient**

Name:  
Geburtsdatum:  
Strasse:  
PLZ, Ort:  
Telefon:  
Angehörige:

**Zuweiser**

Name:  
Praxis:  
Strasse:  
PLZ, Ort:  
Telefon:  
Fax:  
Mail:

- Geburtsgebrechen
- Krankenkasse
- Kostenträger in Abklärung

**Diagnose/ Bemerkungen** (Besonderes, Allergien, relevante Nebendiagnosen):

**Wir organisieren die Untersuchung, sobald folgende Angaben/Beilagen vorliegen:**

- Formular Bildgebung** ausgefüllt und unterschrieben (siehe Anhang)
- Kreatinin** (Wert und Bestimmungsdatum):
- Arztbrief**, falls vorhanden
- OP-Bericht in Anhang** falls Implantate im Körper (auch Paukenröhrchen)
- Nachbesprechung** (durch wen/ wann): \_\_\_\_\_

**Bei Untersuchung in Narkose, bitte ausfüllen**

- Eltern wurden aufgeklärt, dass die Untersuchung in Narkose stattfinden wird
- Die Familie ist informiert, dass sie im Falle einer Untersuchung in Narkose zwei Termine im Kinderspital wahrnehmen muss (Voruntersuchung und Bildgebung)

Bitte Anmeldung mit Anhängen per Mail an [Zuweisung.Medkinderpoliklinik@insel.ch](mailto:Zuweisung.Medkinderpoliklinik@insel.ch)