OsteoRheuma Bern

OsteoRheuma Bern AG
Bahnhofplatz 1
3011 Bern

031 312 29 19
031 312 29 20
orb@hin.ch
osteorheumabern.ch

Intervention/Injektion Ultraschall- oder Durchleuchtungs-(BV-) gesteuert

☐ US/BV-gesteuerte Injektion: Region:.....

Fragestellung/Auftrag:.....

.....

☐ Vorhandende Vorabklärung/Bildgebung: .....

(Bitte Kopien der Befunde beilegen und Originalbilder dem Patienten zur Untersuchung mitgeben)

Antikoagulation ja □ nein □

Thrombozytenaggregations-Hemmer ja □ nein □

Hämorrhagische Diathese ja □ nein □

Quick/INR: ……..

Thrombozyten-Zahl: …….

☐ Patient aufbieten ☐ Patient meldet sich selber an

☐ Patient hat bereits einen Termin, Datum: .....

Patient:

Name, Vorname: ....., ...

Geburtsdatum: ..... Krankenkasse: .....

Strasse, Nr: ....., ... KK- Nr. .....

PLZ, Wohnort: ....

Telefon: ....

Klinische Angaben/Wünsche:

Datum: ..... Stempel/Unterschrift: