

Abteilung:

Anmeldeformular für Radiologieuntersuchungen

Name	Vorname	
Strasse	Geburtsdatum	Geschlecht
PLZ/Ort	AHV-Nr.	
Telefon	Mail	

Gewünschte Untersuchung

Röntgen Computertomografie Durchleuchtung/Angiografie MRI
 Sonografie Kontrastmittel-Sonografie Mammografie

Region:

UNBEDINGT BEACHTEN - Kontraindikationen für MR: Intrakranielle Gefässclips, **Herzschrittmacher**, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, **Metallsplitter**.

Klinische Angaben / Fragestellung

Bei jeder KM- oder MR-Untersuchung angeben:

Allergien (z.B. Jod, Latex) Nein Ja, welche?
Orale Antidiabetika Nein Ja, Metformin-haltig? Nein Ja
Antikoagulation Nein Ja
Schilddrüsenaffektion Nein Ja, welche?
Claustrophobie Nein Ja

Aktueller Kreatininwert $\mu\text{mol/l}$ vom **GFR**

Bei Punktion, Biopsie, Drainage, Angiografie

Quick/INR Thrombozyten

Telefonischer Bericht Nein Ja Tel.-Nr.
Bei Fraktur/Luxation Chirurgie Retour HIN E-Mail:

Bitte dem Patienten alle vorhandenen Untersuchungen mitgeben (US, CT, MR, Rx).

Beilagen

Vereinbarter Termin

:

Zuweisender Arzt (Adresse, EAN, ZSR)

Berichtskopie (Adresse, EAN, ZSR)

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das gewählte Radiologie-Abteilung.