radiologie
gersag·hochdorf

Fachärzte Radiologie FMH:
Dr. med. Ralf Wandt
Dr. med. Alexander Bürkert
Dr. med. Monika Ries, diagn. Neuroradiologie
Dr. med. Oliver Springer, diagn. Neuroradiologie, Kardiale Radiologie (ECBR)

Anmeldung

Personalien:

Name:	Vorname:	Geschlecht:
Strasse:	PLZ/Ort:	Geb. Dat.:
Tel. Privat:	Natel:	AHV-Nr.
Versicherung:	Gesetz:	
Strasse:	Police-Nr:	
PLZ / Ort	Fall-Nr:	Fall-Datum:

Termin: ☐ Bitte aufbieten ☐ Bereits vereinbart: ☐ **Notfall** / bis spätestens:

Untersuchungsmethode

- ☐ **MRI**
- ☐ **CT**
- ☐ **Röntgen**
- ☐ **Ultraschall**
- ☐ **Mammographie**
  - ☐ mit Ultraschall
  - ☐ mit evt. FNP/Stanzbiopsie
- ☐ **Osteodensitometrie (DEXA)**
- ☐ **Anderes**

Risikoanamnese

Platzangst:	☐ Ja	☐ Nein
Herzschrittmacher:	☐ Ja	☐ Nein
Künstl. Herzklappe:	☐ Ja	☐ Nein
Diabetes:	☐ Ja	☐ Nein
SD-Überfunktion:	☐ Ja	☐ Nein
Blutverdünner:	☐ Ja	☐ Nein
Allergien:	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche:		
Elektr. Implantate:	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche:		
Kreatinin:	Datum:	
Grösse:	Gewicht:	
Frauen:		
Schwangerschaft:	☐ Ja	☐ Nein

Region

☐ links ☐ rechts

Klinische Angaben/Fragestellung:

Voruntersuchung (bitte dem Patienten mitgeben):

☐ Nein ☐ Ja, Institut: Datum

Befundzustellung erfolgt per Mail.

Zusätzlich gewünscht: ☐ Post ☐ Telefonisch, Nr.:

Kopie an:

Zuweiser:	Telefon:	Fax:
	GLN:	ZSR:
	eMail:	
	Datum:	

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Radiologie Gersag.

Rüeggisingerstrasse 29
6020 **Emmenbrücke**

Hauptstrasse 44
6280 **Hochdorf**

www.radiologie-gersag.ch
anmeldung@radiologie-gersag.ch

Tel. 041 267 02 02