

PATIENTENANMELDUNG

Prof. Dr. med. W. Wiesner
Dr. med. Ch. Strittmatter
Dr. med. U. Amsler
Dr. med. Ph. Lampe
Dr. med. Th. Nguyen
FMH Diagnostische Radiologie

Auskünfte: 071 886 18 18

Patient/in: aufbieten meldet sich

Untersuchungstermin:

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

Kostenträger: Krankenkasse Versicherung SUVA EMV IV

Versicherung:

Vers. Nr.:

Arbeitgeber:

Frühere Röntgenuntersuchungen ?	<input type="checkbox"/> Klaustrophobie
	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft
	<input type="checkbox"/> Allergien
	<input type="checkbox"/> Hyperthyreose
	<input type="checkbox"/> Diabetes
	<input type="checkbox"/> Metformin
	<input type="checkbox"/> Antikoagulation
	<input type="checkbox"/> Metall-Fremdkörper
	<input type="checkbox"/> Piercing
	<input type="checkbox"/> Pacemaker
	<input type="checkbox"/> Neurostimulator
	<input type="checkbox"/> Insulinpumpe
	<input type="checkbox"/> Schmerzpumpe
	<input type="checkbox"/> Cochleaimplantat
	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz
	akt. Kreatinin µmol/l
Klinischer Befund und Diagnose:	
Fragestellung:	

Gewünschte Untersuchung:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MR | <input type="checkbox"/> Mammographie |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> Ultraschall |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Feinnadelpunktion |
| <input type="checkbox"/> Infiltration | <input type="checkbox"/> KM-Passage |
| <input type="checkbox"/> Anderes | |

- Bitte Bericht faxen an
 Bitte Bericht per e-Mail an

Einsendender Arzt/Ärztin

Bitte Kopie an:

GLN

ZSR

GLN

ZSR