

# Patientenanmeldung

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Geschlecht

Geburtsdatum

Telefon, E-Mail

☐ MRI ☐ CT ☐ Röntgen ☐ Ultraschall ☐ Infiltration

Gewünschte Untersuchung

Klinische Angaben / Fragestellung

Aufbieten bis / am: ☐ nächster freier Termin / sobald möglich

Termin bereits vereinbart am: ☐ Zeit: ☐

Kostenträger: ☐ Krankenkasse ☐ Selbstzahler ☐ Unfall

Arzt / Ärztin

Telefon:

Fax:

GLN:

ZSR:

E-Mail:

## Allgemein

☐ Klaustrophobie

☐ Schwangerschaft

☐ Kontrastmittel-Allergie (Jod)

☐ Nierenfunktion (<14 Tage)  
für CT-Untersuchungen

Kreatinin:  µmol/l GFR:  ml/min

## CT

☐ orale Antidiabetika (Metformin)

☐ Hyperthyreose

## MRI

☐ Herzschrittmacher / Implantate  
Falls ja, bitte Implantatausweis beilegen

## Interventionen

☐ Antikoagulation  
Falls Infiltration oder Biopsie

Quick:  % Tc:  tsd/µl

Medikamente:

→ Im Verhinderungsfall  
bitte 24 Stunden vorher  
benachrichtigen

Befundkopie an:

Datum:

## Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie  
das Formular direkt und gesichert an das  
Diagnostikzentrum Thalwil

Für DEXA, PET/CT oder Mammographie kontaktieren Sie uns bitte direkt.