

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:

---

### 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)

---

**UNBEDINGT BEACHTEN** - Kontraindikationen für MR:

Intrakranielle Gefässclips, **Herzschrittmacher**, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, **Metallsplitter**.