

# Diagnose Zentrum City Buchs

**Diagnose Zentrum City Buchs**  
 Bahnhofstrasse 43  
 CH-9470 Buchs

## Anmeldung

Patient hat Termin am  Patient aufbieten

Name	Vorname	
Strasse	PLZ / Ort	
Geburtsdatum	Geschlecht	AHV-Nr.
Telefon		
Versicherung	Gesetz	Vers.-Nr.
	UVG/Schaden-Nr.	

	MRI (3T)	CT	Röntgen	Ultraschall
Gewünschte Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsregion				
Gewicht	kg	Kreatinin	µmol/l	<input type="checkbox"/> Platzangst

(Kontraindikationen MRI: Herzschrittmacher, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, cerebrale Aneurysmaclips, Metallsplitter)

Klinischer Befund / Fragestellung (Blockschrift)

Allergien / Implantate Quick (Punktionen und Biopsie)

Dokumentation der Untersuchung auf  CD  Webportal  
 Schnellbefund per Telefon / Fax / E-Mail

Arzt (Adresse, EAN, ZSR, Mail) Bitte Kopie an (Adresse, EAN, ZSR, Mail)

Datum

**Elektronische Übermittlung**  
 Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Radiologie-Institut.