

PATIENTENANMELDUNG

Prof. Dr. med. W. Wiesner
Dr. med. U. Amsler
Dr. med. F. Flömer
FMH Diagnostische Radiologie

Vertretung/Konsilien/second opinions:

Dr. med. Ch. Strittmatter
Dr. med. Ph. Lampe
Dr. med. Th. Nguyen

Patient/in: aufbieten meldet sich

Untersuchungstermin:

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

Versicherung	
Gesetz	Vers. Nr.
Kostenträger	
Arbeitgeber	

Frühere Röntgenuntersuchungen	<input type="checkbox"/> Klaustrophobie <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Hyperthyreose <input type="checkbox"/> Diabetes
Klinischer Befund und Diagnose	<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
Fragestellung	Akt. Kreatinin µmol/l

Gewünschte Untersuchung/Lokalisation

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MR | <input type="checkbox"/> Infiltration |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> Ultraschall |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Feinnadelpunktion |
| <input type="checkbox"/> Andere | |

- Bitte Bericht per Fax an
 Bitte Bericht per E-Mail an

Einsendender Arzt/Ärztin

Bitte Kopie an

Elektronische Übermittlung

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