

Anmeldung zur Untersuchung

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

Gewünschte Aufnahme, Untersuchung

- Röntgen Organ/Region
- Sonographie
- Mammographie
- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MRI)

Klinische Angaben, Fragestellung

Schwangerschaft

Sind Kontrastmittelunverträglichkeiten, Nierenfunktionsstörungen oder Schilddrüsenüberfunktionen bekannt?

Sonstige Besonderheiten (besondere Behinderungen; Patient liegend; im Rollstuhl)?

Wichtig für MRI-Untersuchung

Patient mit Klaustrophobie

Herzschrittmacher, bestimmte Gefässklips im Gehirn, Neurostimulatoren und Insulinpumpen sind Kontraindikationen

Untersuchungstermin

Datum, Zeit Bitte Patient aufbieten

Bitte, wenn möglich, Voraufnahmen beilegen oder dem Patienten mitgeben.

Bilder auf Film CD Papier Keine Bilder Internetzugriff auf Bildserver gewünscht
 Telefonischer Sofortbericht

Arzt/Ärztin

Befundkopie

Tel.	Fax	Datum	Tel.	Fax
GLN	ZSR		GLN	ZSR
Mail			Mail	

Elektronische Übermittlung

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