

Patientenanmeldung

Name	Strasse / Nr.
Vorname	PLZ / Ort
Geburtsdatum <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Telefon / Mobile
Krankenkasse / Unfallversicherung	E-Mail

Untersuchungsmodalität

- Röntgen / Durchleuchtung CT Ultraschall
 Mammografie MRI Dexa

Gewünschte Körperregion

Klinische Angaben

Fragestellung

Erforderliche anamnestische Angaben

- Schwangerschaft HIV / Hepatitis B/C Allergien
Kreatinin: _____ umol/l

CT

- Diabetes
 Hyperthyreose / Schilddrüsen-Ca
 Allergie
 Niereninsuffizienz

MRT

- Platzangst
 metallische Implantate
 Niereninsuffizienz
 Hörhilfen

Achtung:

- Herzschrittmacher / ICD
 Neurostimulator
 Insulinpumpe
Benötigen zusätzliche
Abklärungen:

Besonderes

Termin

- Schon vereinbart: _____ Notfall (tel. voranmelden) Patient bitte aufbieten

Gewünschte Befundübermittlung

- Fax Nr: _____ E-Mail: _____
 Tel. Nr: _____

Datum _____

Befundkopie an _____

Voraufnahmen

Bitte lassen Sie uns die relevanten Vorbilder
zukommen!

Zuweisender Arzt (Stempel)

