

Radiologie - Anmeldung

Termin am:
Patient zur Untersuchung aufbieten

Gewünschte Untersuchung:

Röntgen (Digital)
Magnetresonanztomografie (MRI)
Computertomografie (CT)
FNP / Biopsie / Intervention / Infiltration
sonstiges

Pat. Name:

Pat. Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

Tel. P.:

Tel. G.:

Untersuchungsregion / Körperregion:

Klinische Angaben:

Allergien: nein ja	Niereninsuffizienz: nein ja	Schwanger: nein ja
Diabetiker: nein ja	Schilddrüsenerkrankung: nein ja	Klaustrophobie: nein ja

bei CT und MRI mit Kontrastmittel:

Grösse: cm - Gewicht: kg - Kreatininwert $\mu\text{mol/l}$ - Bestimmung am

bei FNP / Biopsie / Intervention / Infiltration: Quick und/oder INR

Fragestellung:

Zuweisender Arzt:

Datum der Anmeldung:

Befund: E-Mail Post Fax / Schnellbefund: Telefon

MRI-Untersuchung - mögliche Kontraindikationen / Vorabklärungen sind nötig:

Neurostimulatoren, Insulinpumpen, cerebrale Metallclips, Gehörimplantate, Herzschrittmacher.