

Radiologie - Anmeldung

- Termin am: _____
 Patient zur Untersuchung aufbieten

Gewünschte Untersuchung:

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

Untersuchungsregion / Körperregion:

Klinische Angaben:

Pat. Name:
Pat. Vorname:
Geb. Datum:
Adresse:
Tel. P.:
Tel. G.:

Allergien: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Niereninsuffizienz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schwanger: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Diabetiker: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schilddrüsenerkrankung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Klaustrophobie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

bei CT und MRI mit Kontrastmittel:

Grösse: _____ cm - Gewicht: _____ kg - Kreatininwert _____ µmol/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.