

Anmeldung zur Untersuchung

Name, Vorname: Geburtsdatum: ☐ männl. ☐ weibl. Adresse: Tel. Privat: Handy: E-Mail:	Bitte zwingend ausfüllen: UVG KVG
Dringlichkeit: Notfall (heute) dringend in den nächsten Tagen nicht dringend Wunschdatum:	4. Notwendige Angaben: Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein für KM-Untersuchungen: KM-Allergie? ☐ ja ☐ nein Niereninsuffizienz? ☐ ja ☐ nein SD-Überfunktion? ☐ ja ☐ nein Biguanid-Medikation? ☐ ja ☐ nein Kreatinin-Wert: vom: GFR-Wert: vom: für MR-Untersuchung: Herzschrittmacher/Herzklappe? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, Typ: -> MR-tauglich? ☐ ja ☐ nein Metallimplantate? ☐ ja ☐ nein Metallclips/Splitter? ☐ ja ☐ nein Gehörimplantat? ☐ ja ☐ nein Platzangst? ☐ ja ☐ nein Kind zur Sedation? ☐ ja ☐ nein Grösse: Gewicht: für Interventionen: Quick: Tc: OAK? ja nein
1. Gewünschte Untersuchung: ☐ konv. Röntgen & DL ☐ Mammographie inkl. Mammasonographie ☐ Ultraschall / Duplex ☐ CT ☐ MR ☐ Angiographie Intervention / Biopsie / Schmerztherapie Gewünschte Körperregion, sonstige Untersuchungen: ☐ re ☐ li	
2. Klinische Angaben: (Anamnese, Operation, Labor, ggf. Therapie)	
3. Fragestellung/Verdachtsdiagnose:	
5. Voruntersuchungen bitte mitgeben: ☐ keine ☐ beiliegend ☐ bringt Patient mit ☐ vorhanden bei Praxis / Institut	
6. Befundkopie an:	
7. Zuweisender Arzt / Zuweisendes Spital: (Stempel) Name: Adresse/ Telefon: Datum/Unterschrift:	