

Anmeldung

(Bitte Voruntersuchung mitbringen)

Name _____ Geburtsdatum _____ männlich weiblich

Vorname _____ Telefon _____

Strasse, Nr. _____ Natel _____

PLZ, Ort _____ Email _____

Krankheit / Versicherung _____ Police-Nr. _____

Unfall / Versicherung _____ Unfall-Nr. _____

AHV-Nr. _____ Unfall-Datum _____

Termin

Bitte Patient aufbieten Patient hat Termin am _____

Notfall _____ bis spätestens _____

Klinische Angaben und Fragestellungen

Gewünschte Untersuchung und Region Schwangerschaft Ja Nein

Röntgen Ultraschall nach Ermessen der Radiologin

MRI

Ja Nein

Schrittmacher, Neurostimulat., Cochleaimpl., Insulinp., etc.

Niereninsuff. (GFR<30ml/min) ggf. Kreatinin:

KM – Allergie (Gadolinium)

Platzangst

CT

Ja Nein

Nierenfunktionsstörung ggf. Kreatinin:

Schilddrüsenüberfunktion ggf. TSH:

KM – Allergie (Iod)

DM mit Metformin-Medikation

Infiltrationen/Arthro

Ja Nein

Gerinnungsstörungen ggf. Quick/INR:

Antikoag. Med. (Marcoumar, ASS, Xarelto, etc.)

Wenn ja welche: _____

Befundkopie an: _____

Patient hat Anschlusstermin sofort am _____ noch nicht

Datum: _____ Ärztin / Arzt (Stempel / Unterschrift) _____

Falls Sie den reservierten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns spätestens 24 Stunden vorher zu benachrichtigen.