

ANMELDUNG RADIOLOGIE OENSINGEN

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:		PLZ / Ort:
Telefon / Mobil:		Kostenträger:
E-Mail:		AHV-Nr.:
☐ Krankheit ☐ Unfall	Unfalldatum:	
☐ Patientin/Patient bitte aufbieten	Vers./Unfall-Nr.	Karten-Nr.:

Terminwunsch bis spätestens:	Bestätigter Termin: Datum: Zeit:
---------------------------------	--

Gewünschte Untersuchung: ☐ MRI ☐ CT ☐ Ultraschall ☐ Röntgen ☐ Osteo-CT (Knochendichtemessung mit CT) ☐ DEXA (Knochendichtemessung)
--

Indikation / klinische Angaben: Fragestellung:

Schwangerschaft: ☐ Ja ☐ Nein	Kreatininwert:
--	----------------

Wichtig für MRI (bitte ankreuzen):

Pacemaker	☐ Ja ☐ Nein
Allergie	☐ Ja ☐ Nein
Klaustrophobie	☐ Ja ☐ Nein
Kontrastmittel	☐ Ja ☐ Nein
Tätowierungen < 6 Wochen	☐ Ja ☐ Nein

Befundkopie:

☐ Ja ☐ Nein

Kontakt Daten verordnende Ärztin / verordnender Arzt (bitte vollständig ausfüllen bzw. Praxisstempel mit Unterschrift):

Praxisname:
Name und Vorname Ärztin/Arzt:
Adresse:
PLZ / Ort:
Telefon/E-Mail:

Unterschrift, Datum:
