

Radiologie – Anmeldung

Patientendaten

Name	AHV-Nr.	
Vorname	Telefon	
Strasse, Nr.	E-Mail	
PLZ, Ort	Geburtsdatum	Geschlecht

Gewünschte Untersuchung

Röntgen

CT

MRI

Termin, Dringlichkeit

Patient bitte aufbieten

Patient hat Termin am

Bemerkungen

Medizinische Angaben

Klinische Angaben

ICD-10

Fragestellung

Risikofaktoren

	ja	nein
Antikoagulation		
Schrittmacher		
Neurostimulator		
Metallimplantate		
Porth a Cath		
Kontrastmittelallergie		
Diabetes		
Hyperthyreose		
Nierenpathologie		
Schwanger		
Stillen		
Klausotrophie		

CT, MRI mit Kontrastmittel

Gewicht	kg
Grösse	cm
Kreatininwert	µmol/l
Bestimmung am	

FNP, Biopsie, Intervention, Infiltration

Quick
INR

Ort, Datum

Zuweisender Arzt