



## Anmeldeformular - Radiologie

### Personalien / Patienten-Etikette

Name  
Vorname  
Geburtsdatum  
Geschlecht  
Strasse Nr.  
PLZ/Ort  
Tel.  
Arbeitgeber  
Name  
Adresse

### Vereinbarter Untersuchungstermin

Datum:  
Uhrzeit:  
 Patient meldet sich  
 Patient aufbieten  
 Dringlich  
 Zeitnah (< 72h)  
 Regeltermin  
Versicherungsangaben  
Name  
Adresse  
Gesetz  
Versichertennr.  
Falldatum  
Fallnummer

### Gewünschte Untersuchung:

Röntgen  
 Ultraschall  
 CT  
 MRI  
 DEXA  
 Mammografie  
 Intervention  
 nach Ermessen der Radiologie

### Region:

### Klinische Angaben und Fragestellung

### Relevante Angaben:

Niereninsuffizienz  
 Hypertyreose  
 Schwangerschaft  
Serum-Kreatinin: vom  KM-Allergie  
 Schrittmacher  
 Diabetes  
 Orale Antidiabetika (Metformin)  
 Antikoagulantien:

### Befundkopie:

### Befund:

Per E-Mail  
 Schriftlicher Brief  
 Doku auf CD  
 Andere:

### Zuweisender Arzt

EAN  
E-Mail  
Datum  
ZSR  
Telefon

### Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Gesundheitszentrum Fricktal.