

ANMELDEFORMULAR

TERMIN

Termin:* Dringend Termin aufbieten Termin bereits vereinbart auf:

VERSICHERER

Name Gesetz Vers./Veka-Nr.

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Name:* Strasse
Vorname:* PLZ / Ort
Geburtsdatum: Geschlecht
Tel/Mobile E-Mail

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

 MRT CT Röntgen Mammo Ultraschall DL DEXA Schmerztherapie
 Bilder vorhanden Zweitbefund Region:

MEDIZINISCHE / KLINISCHE VORGESCHICHTE DES PATIENTEN

Notwendige Untersuchungsangaben:* Schwangerschaft/Stillzeit SARS-COV-2 positiv HIV / Hepatitis B/C
 Bluthochdruck keine bekanntLabor: Datum: Kreatinin: Quick / INR: TC:

Klinische Angaben / Fragestellung:*

Allergien /Anmerkungen:*

KONTRAINDIKATIONEN*

MRT: Neurostimulatoren Herzschrittmacher/CIED/ICD Aneurysmen-Clips Metallfremdkörper / Implantate
 Künstliche Herzklappe Medikamenten-Infusionspumpen Klaustrophobie Keine Kontraindikationen
CT: Diabetesmellitus Einnahme von Metformin Hyperthyreose Keine Kontraindikationen

BEFUND*

 HIN-Mail: Tel.-Nr.:
 Post: Fax:
 Befundkopie an:

ÄRZTIN / ARZT

Tel.
Mail
GLN ZSR
Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie
das Formular direkt und gesichert an die
Limmat Radiologie.