

Patientenanmeldung

- MRI
 CT
 Röntgen
 Ultraschall
 Mammographie
 DEXA
 Infiltration
- Bestgeeignete Untersuchungsmethode

Name	<input type="text"/>	Geb.datum	<input type="text"/>	Geschl.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>		
Strasse, Nr.	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>		
Kostenträger	<input type="text"/>	Vers.-Nr.	<input type="text"/>		
Unfalldatum	<input type="text"/>	Unfall-Nr.	<input type="text"/>		
Versicherung	<input type="text"/>				

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

KLINISCHE ANGABEN / FRAGESTELLUNG

Patient aufbieten bis / am: nächster freier Termin / sobald möglich

Termin bereits vereinbart am: Zeit:

Praxis-Standort Wunsch: flexibel Wallisellen Stettbach

Arzt / Ärztin

Mail

Unterschrift

Datum

- Herzschrittmacher / Implantate
- Klaustrophobie
- Schwangerschaft
- Hyperthyreose
- Antikoagulation
(falls Infiltration oder Biopsie)
Quick % Tc tsd/μl
- Orale Antidiabetika (Metformin)
- Nierenfunktion (<14 Tage)
für CT-Untersuchungen
Kreatinin μmol/l
GFR ml/min
- Kontrastmittel-Allergie (Jod)

Befundkopie an:

(keine Unterschrift bei elektronischer Übermittlung)

ELEKTRONISCHE ÜBERMITTLUNG

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den gewählten Standort von RNR