



## Anmeldung

Patientin / Patient aufbieten bis am:

Patientin / Patient hat Termin am:

MRI

CT

Röntgen

Ultraschall

Mammographie

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Gesetz: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Police-Nr: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Fall-Nr: \_\_\_\_\_ Fall-Datum: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Untersuchung

### Klinische Angaben / Fragestellung

#### Zu beachten bei MRI

- Implantate
- Herzschrittmacher / ICD
- Klaustrophobie

Allergien

#### Zu beachten bei CT

- Schilddrüsen Überfunktion
- Einnahme von Metformin
- Niereninsuffizienz
- Kreatininwert: \_\_\_\_\_ µmol/l

Schwangerschaft

Befund:

per Post       per HIN-Mail       per Fax

Befundkopie an:

Zuweiser:

Telefon:

Fax:

GLN:

ZSR:

eMail:

Datum:

### Elektronische Übermittlung

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