



**Wählen Sie ein Institut:**

## ■ Anmeldung zur radiologischen Untersuchung

Dieses Formular ist nur für zuweisende Ärztinnen und Ärzte bestimmt.

### Patient

Name:

Vorname:

Geb.datum:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geschlecht

### Kostenträger

Versicherung

Vers.nummer

Gesetz

Unfallnummer

Unfalldatum

### Untersuchungstermin

Patient direkt aufbieten

Datum

Zeit

Wir bitten Sie, uns die Anmeldung vorgängig zuzustellen. Bitte bei Ihnen oder auswärtig erstellte Röntgen-Bilder mitgeben!

### Untersuchungsmethode

**Magnetresonanztomografie**

Herzschrittmacher

Implantate

Platzangst

**Computertomografie**

Hyperthyreose

**Röntgen**

**Ultraschall**

Abdomen: Nüchtern, Blase gefüllt

**Mammografie**

**Durchleuchtung**

**Orthopantomografie**

**Biopsie/Interventionen**

INR/Quick

Thrombozyten

Hb

Datum

### Für CT und MR bitte auch Angaben zu

Kreatininwert (< 14 Tage)  $\mu\text{mol/l}$

Datum

Kontrastmittelallergie

Sonstige Allergien

### Bilddokumentation

H-Net/Medical Share (registrierter User)

Keine

CD/DVD

### Untersuchungsregion

### Klinische Angaben

### Fragestellung

### Befundkopie an

E-Mail:

### Zuweiser

Telefon:

GLN:

E-Mail:

### Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das gewählte Radiologie-Institut.