

**Bethesda Spital AG**  
Gellerstrasse 144  
4052 Basel

**Institut für Radiologie**  
Tel. +41 61 315 22 77  
radiologie@bethesda-spital.ch

**Chefarzt Radiologie**  
PD Dr. med. E. Kirsch

**Chefärztin Mammadiagnostik**  
Dr. med. Pia Trabucco

**Fachärzte für Radiologie**  
Dr. med. Vassilios Pegios  
Dr. med. Robert Bolt

## Personalien Patient/in:

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

## Kostenträger

Name  Strasse   
GLN  PLZ / Ort   
Gesetz  Vers.-Nr.

Termin am:  um:   Patient/in aufbieten

## Gewünschte Untersuchung

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Magnetresonanz (MRI)           | <input type="checkbox"/> Computertomographie                |
| <input type="checkbox"/> Klaustrophobie                 | <input type="checkbox"/> Kreatinin von <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker                      | <input type="checkbox"/> Allergie                           |
| <input type="checkbox"/> Prothesen                      | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung             |
| <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik              | <input type="checkbox"/> Myelographie                       |
| <input type="checkbox"/> Mammographie                   | <input type="checkbox"/> Biopsie                            |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall/Duplex-Sonographie |   |
| <input type="checkbox"/> Andere Untersuchungen          | <input type="text"/>  |

Region:

## Klinische Angaben/Fragestellung

## Befundübermittlung

- Telefonisch auf   CD mitgeben  
 Per Email auf   Kopie an:

## Absender-Informationen

Tel.    
Mail   
GLN  ZSR   
Datum

Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen

## Elektronische Übermittlung

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