**radiologicum.ch**



**ANMELDUNG**

Huobstrasse 14 8808 Pfäffikon SZ

T 055 536 1050 F 055 536 1059

Name Geb. Dat. männlich weiblich Vorname Telefon/Natel Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Krankheit / Versicherung Policen-Nr. Unfall / Versicherung Unfall-Nr. AHV-Nr. Datum

# Termin

Patient aufbieten Patient hat Termin am

Zeit: Uhr

Notfall bis spätestens

# Region

**Untersuchungsmethode**

MRI CT

Mammographie mit Sonographie mit Stanzbiopsie

Sonographie Röntgen

Knochendichtemessung

CT-gesteuerte Infiltration

Biopsie

Sonstige

wenn ja, welche Diabetes Ja Nein

SD-Überfunktion Ja Nein

Blutverdünner Ja Nein

Allergien Ja Nein

wenn ja, welche

Kreatinin Datum Grösse Gewicht Schwangerschaft Ja Nein

links rechts

# Klinische Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Risikoanamnese** |  | |
| Platzangst | Ja | Nein |
| Herzschrittmacher | Ja | Nein |
| Cochleaimplantat | Ja | Nein |
| Elektr. Implantate/Prothese | Ja | Nein |

**Fragestellung**

**Voruntersuchung**

Ja, Institut Datum

Nein

# Befundübermittlung via

Befundportal Telefon

E-Mail

Fax

Post Kopie an Dr

**Datum**

**Zuweisender Arzt** (Stempel und Unterschrift)

Bitte neue Anmeldeformulare zusenden