**radiologicum.ch**

ANMELDUNG

Huobstrasse 14

T 055 536 1050

8808 Pfäffikon SZ

F 055 536 1059

Name Geburtsdatum männlich weiblich Vorname Telefon Strasse, Nr. Natel 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

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

**Untersuchungsmethode**

MRI CT

Mammographie

mit Sonographie mit Stanzbiopsie

Sonographie Röntgen

CT-gesteuerte Infiltration

Biopsie

Sonstige

  links  rechts

# Klinische Angaben

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

Ja, Institut Datum  Nein

**Fragestellung**

**Voruntersuchung**

# Befundübermittlung via

 Befundportal  Telefon  E-Mail  Fax  Post  Kopie an Dr

**Datum**

**Zuweisender Arzt** (Stempel und Unterschrift)

 Bitte neue Anmeldeformulare zusenden