

Anmeldung:

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Strasse: PLZ / Ort:

Mobil / Tel.: eMail:

Krankheit (Krankenkasse):

Unfall (Vers.-Nr. / Arbeitgeber):

Klinische Angaben und Fragestellung:

Gewünschte Untersuchungsmethode(n):

- Konventionelles Röntgen
- Ultraschall
- Mammografie
- MRI

Gewünschte Untersuchungsregion(en):

- Wichtige Zusatzinformationen -

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schwangere Patientin | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Antikoagulation: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Nierenpathologie |
| <input type="checkbox"/> Stillende Patientin | <input type="checkbox"/> Neurostimulator | Quick/INR: <input type="text"/> | Kreatinin: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Platzangst | <input type="checkbox"/> Metallimplantate | <input type="checkbox"/> Allergie: <input type="text"/> | Labordatum: <input type="text"/> |

Organisatorisches:

CD bitte mitgeben Terminwunsch:

Kopie(n) an:

Sonstiges:

Datum, Telefonnummer und Unterschrift der Ärztin / des Arztes:

Bitte geben Sie (externe) Voraufnahmen ihrer Patientin resp. ihrem Patienten zum Termin mit. Der Untersuchungstermin ihrer Patienten ist uns wichtig; Terminstornierungen sind daher rechtzeitig (mind. 24H vorher) mitzuteilen.