

Anmeldung zur radiologischen Untersuchung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Krankheit/Unfall: _____

Dringlichkeit

- ☐ Notfall (heute)
☐ Nicht dringend

☐ sobald wie möglich

☐ Datum: _____

Frühere Untersuchungen

- ☐ Ja ☐ Nein

Wann/wo? _____

Aufgebot

- ☐ Patient/in soll schriftlich/telefonisch aufgeboten werden
☐ Patient ruft selbst zur Terminvereinbarung an

1. Gewünschte Untersuchung

- ☐ Röntgen ☐ Ultraschall ☐ CT ☐ Durchleuchtung ☐ MRI

Gewünschte Körperregion: ☐ rechts ☐ links

2. Klinische Angaben (Anamnese, Operation, Labor, ggf. Therapie)

3. Fragestellung

4. Notwendige Angaben / Besonderes

Allergie ☐ Ja ☐ Nein **Klaustrophobie** ☐ Ja ☐ Nein **Schwanger** ☐ Ja ☐ Nein

Kreatinin: _____ Thrombozyten: _____ Quick: _____

5. Berichterstattung per

- ☐ Mail ☐ A-Post ☐ Telefon

Befundkopie an: _____

- ☐ Zustellung der Bilder erwünscht

6. Zuweisender Arzt / Datum

(Name, Institution und Adresse)

Kontakt

Sollten Sie noch Fragen haben oder weitere Informationen benötigen, so sind wir wie folgt erreichbar:

- Tel. +41 62 746 58 03
- Fax +41 62 746 58 88
- radiologie@spitalzofingen.ch