

# Anmeldung

- Radiologie Klinik St. Anna
- Radiologie St. Anna im Bahnhof
- Zentrum für Mikrotherapie Klinik St. Anna
- Nuklearmedizin Klinik St. Anna
- PET/CT-Zentrum Klinik St. Anna
- Nuklearmedizinische Therapiestation Klinik St. Anna

**TERMINWUNSCH**     PATIENTIN/PATIENT BITTE AUFBIETEN    BIS SPÄTESTENS:

**BESTÄTIGTER TERMIN**    DATUM:     ZEIT:

NAME:     VORNAME:     GEBURTSDATUM:

STRASSE:     PLZ/ORT:

AHV-NR.:     MOBIL/TEL.:

GESETZ     VERS.-NR.:     UNFALL-NR./-DATUM:

KOSTENTRÄGER

**GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG**

Untersuchungsmodalität nach Fachwissen des Radiologen

**KLINISCHE ANGABEN / SPEZIELLE FRAGESTELLUNG**

KREATININ:  mmol/l    KÖRPERGEWICHT:  kg    CLEARANCE:  ml/min

SCHWANGERSCHAFT:  JA     NEIN

Bei Anmeldungen zur Schilddrüse bitten wir um Zustellung der aktuellen Laborwerte.

**RESERVIERT**

**WICHTIG BEI MRT-/CT-UNTERSUCHUNG** (bitte vollständig ausfüllen)

	JA	NEIN		JA	NEIN		JA	NEIN
PACEMAKER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROSTIMULATOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALLERGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÖRGERÄT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FREMDKÖRPER (METALL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KLAUSTROPHOBIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSULINPUMPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZAHNPROTHESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NIERENERKRANKUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPANDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLUTZUCKER-SENSORPFLASTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCHILDDRÜSENÜBERFUNKTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Zahnimplantate unbedingt vorher von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt herausnehmen lassen.  
 → Make-up, Deodorant und Bodylotion beeinflussen die MRT-Untersuchung und sollten wenn möglich nicht getragen werden.

**BEFUNDKOPIE**

MAIL:

DATUM:

**VERORDNENDE ÄRZTIN/VERORDNENDER ARZT**

MAIL:

GLN:     ZSR:

**Elektronische Übermittlung**

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den gewählten Radiologiestandort.