

# PATIENTENANMELDUNG

Dr. med. U. Amsler  
Dr. med. Ch. Strittmatter  
FMH Diagnostische Radiologie

Vertretung / Konsilien / second opinions

Prof. Dr. med. W. Wiesner  
Dr. med. Ph. Lampe  
Dr. med. Th. Nguyen

**Auskünfte: 071 747 28 28**

Patient/in:  aufbieten  meldet sich

Untersuchungstermin:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_  
Gesetz: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_  
Kostenträger: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Frühere Röntgenuntersuchungen ?	<input type="checkbox"/> Klaustrophobie <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Hyperthyreose <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Metformin <input type="checkbox"/> Antikoagulation <input type="checkbox"/> Metall-Fremdkörper <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Neurostimulator <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe <input type="checkbox"/> Cochleaimplantat <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz
Klinischer Befund und Diagnose:	
Fragestellung:	akt. Kreatinin _____ µmol/l

Gewünschte Untersuchung/Lokalisation:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MR           | <input type="checkbox"/> Mammographie          |
| <input type="checkbox"/> CT           | <input type="checkbox"/> Ultraschall           |
| <input type="checkbox"/> Röntgen      | <input type="checkbox"/> Feinnadelpunktion     |
| <input type="checkbox"/> Infiltration | <input type="checkbox"/> KM-Passage            |
| <input type="checkbox"/> Anderes      | <input type="checkbox"/> CT-Osteodensitometrie |

- Bitte Bericht faxen an  
 Bitte Bericht per e-Mail an

Einsendender Arzt/Ärztin

Bitte Kopie an: