

Anmeldung zur Radiologischen Diagnostik

Institut Radiologie, Oberdorfstrasse 41, 8853 Lachen
Tel. 055 451 35 00, www.spital-lachen.ch
Mail: radiologie@spital-lachen.ch



Personalien

Name, Vorname

Geburtsdatum Geschlecht

Strasse

PLZ Wohnort

Mobil / Tel.

Versicherung

Dringlichkeit Notfall sobald wie möglich Nicht dringend

Gewünschte Untersuchung

Konventionelle Radiologie Mammographie Bei Bedarf Mammasono.
 Computertomographie Infiltration Intervention/Biopsie
 MRT Knochendichtemessung (DEXA)

Gewünschte Körperregion, Sonstige Untersuchungen

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

Fragestellung/Verdachtsdiagnose

Voruntersuchungen bitte mitgeben

Keine Beiliegend mit separater Post
 Vorhanden bei

Befundkopie an

Name

Zuweisender Arzt/Ärztin

Name

Mobil / Tel.

HIN-Mail

Termin

Schwangerschaft Ja Nein
 Unklar

Nötige Angaben für KM-Untersuchungen

Allergien

Niereninsuffizienz Ja Nein
Kreatinin-Wert $\mu\text{mol/l}$

Diabetes-Medikation

SD-Überfunktion Ja Nein

Nötige Angaben für MR-Untersuchungen

Herzschrittmacher Ja Nein
Metallimplantate Ja Nein
Metallclips/Splitter Ja Nein
OP in letzten 3 Wo Ja Nein
Welche

Gehörimplantat Ja Nein
Platzangst Ja Nein

Grösse Gewicht

Nötige Angaben für Infiltrationen/Interventionen

Quick Thrombozyten

INR

OAK Ja Nein

Datum der Laborwerte

Telefonische Befundmitteilung

Datum

Unterschrift
Keine Unterschrift bei elektr. Übermittlung

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Radiologische Diagnostik, Spital Lachen