

# 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