

PATIENTENANMELDUNG

Prof. Dr. med. W. Wiesner
Dr. med. U. Amsler
Dr. med. F. Flömer
FMH Diagnostische Radiologie

Vertretung/Konsilien/second opinions:

Dr. med. Ch. Strittmatter
Dr. med. Ph. Lampe
Dr. med. Th. Nguyen

Auskünfte: 071 447 21 21

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
Klinischer Befund und Diagnose	<input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe <input type="checkbox"/> Cochleaimplantat <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz
Fragestellung	Akt. Kreatinin µmol/l

Gewünschte Untersuchung/Lokalisation

<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> Infiltration
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Feinnadelpunktion
<input type="checkbox"/> Andere	

Bitte Bericht per Fax an
 Bitte Bericht per E-Mail an

Einsendender Arzt (Adresse, EAN, ZSR)

Bitte Kopie an (Adresse, EAN, ZSR)