

## Anmeldung zur Untersuchung

Name  
Strasse  
Geburtsdatum  
Telefon  
Versicherung

Geschlecht

Vorname  
PLZ / Ort  
AHV-Nr.  
E-Mail  
Gesetz

Vers.-Nr.  
UVG/Schaden-Nr.

## Gewünschte Aufnahme, Untersuchung

- Röntgen Organ/Region
- Sonographie
- Mammographie
- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MRI)

## Klinische Angaben, Fragestellung

Schwangerschaft

Sind Kontrastmittelunverträglichkeiten, Nierenfunktionsstörungen oder Schilddrüsenüberfunktionen bekannt?

Sonstige Besonderheiten (besondere Behinderungen; Patient liegend; im Rollstuhl)?

### Wichtig für MRI-Untersuchung

Patient mit Klaustrophobie

Herzschrittmacher, bestimmte Gefässklips im Gehirn, Neurostimulatoren und Insulinpumpen sind Kontraindikationen

## Untersuchungstermin

Datum, Zeit  Bitte Patient aufbieten

**Bitte, wenn möglich, Voraufnahmen beilegen oder dem Patienten mitgeben.**

Bilder auf  Film  CD  Papier  Keine Bilder  Internetzugriff auf Bildserver gewünscht  
 Telefonischer Sofortbericht

Arzt (Adresse, Tel., Fax, EAN, ZSR)

Befundkopie (Adresse, Tel., Fax, EAN, ZSR)

Datum