

# Anmeldung für radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen

Röntgeninstitut:

## Personalien

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	AHV-Nr.	<input type="text"/>		
Strasse	<input type="text"/>	Mobil / Tel.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ/Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>		

## Kostenträger

Versicherung	<input type="text"/>	Gesetz	<input type="text"/>	Unfall-Datum	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Unfall-Nr.	<input type="text"/>		

Grösse  cm      Gewicht  kg

Schwangerschaft  nein  ja      Diabetes  nein  ja

Aktueller Kreatinin-Wert:  µmol/l

Bekannte Allergien:

Hyperthyreose / Schilddrüsenfunktion:

## Untersuchung / Intervention

- Konventionelle Röntgendiagnostik
- Kontrastmitteluntersuchungen
- Mammadiagnostik
- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MR)
- Ultraschall (US, Farbdoppler, Duplex)
- Nuklearmedizin (Diagnostik & Therapie)
- DXA zur Knochendichtemessung
- DXA zur Fettanalyse
- Interventionelle Radiologie  
(Gefässintervention / Schmerztherapie / onkologische Intervention / Punktion / Drainage / Biopsie etc.; bitte beschreiben)

## Für MR-Untersuchungen

Angabe Fremdkörper (z.B. Pacemaker/ Insulinpumpe/Schmerzpumpe/Neurostimulator)

## Für radiologische Interventionen

Zurzeit eingenommene Medikamente / Antikoagulation? (Quick / INR ...?)

## Angemeldet für

Datum  Zeit

Durch Radiologie aufzubieten

## Klinische Angaben / Fragestellung / Untersuchungen

## Arzt / Ärztin

Name

Adresse

E-Mail  GLN

Datum

Unterschrift

Keine Unterschrift bei elektr. Übermittlung

## Bilddokumentation

- CD/DVD
- Synedra Web
- Keine Bilddokumentation

## Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das gewählte Röntgeninstitut.