INURAD
INTERVENTION • NUKLEARMEDIZIN • RADIOLOGIE

INURAD AG
Hohlstrasse 532
8048 Zürich
Tel. 044 442 9898

Patientenanmeldung

Patient:in

Name		**Geburtsdatum**	
Vorname		**Geschlecht**	
Strasse		**Mobil / Tel.**	
PLZ/Ort		**E-Mail**	

Kostenträger

		Zusatzvers.	
Versicherung		**Gesetz**	**Unfall-Datum**
		Vers./Unfall-Nr.	

Termin

Aufbieten bis/am: ◯ **dringend** **Termin vereinbart am:** :

Untersuchungsmethode

◯ **Bestgeeignete** ◯ **MRI** ◯ **CT** ◯ **Röntgen** ◯ **Ultraschall** ◯ **Intervention**
◯ **PET/CT** ◯ **Szintigraphie/SPECT/CT**

Allgemeine Angaben

◯ **Schwangerschaft**

◯ **Hyperthyreose**
TSH: m[iU]/l

◯ **Niereninsuffizienz**
Serum-Kreatinin: µmol/l

◯ **Kontrastmittelallergie**

◯ **Diabetes**
◯ Metformin-Einnahme

MRI

◯ **Klaustrophobie**

◯ **Herzschrittmacher/Implantate**

Intervention

INR: %
Tc: mg/dl
Blutverdünner:

Region / Organ / Technik

Klinische Angaben / Fragestellung

Arzt / Ärztin

GLN **ZSR**
Tel.
eMail*
** wird von Inurad als Antwort-Adresse verwendet*

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Radiologieinstitut **Inurad**.