USZ Universitäts Spital Zürich

Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie
DIR
+41 43 254 41 10

ANMELDEFORMULAR

TERMIN

Termin: ☐ dringend ◯ aufbieten ◯ Termin bereits vereinbart auf:

VERSICHERER

Name: Gesetz: Unfalldatum:

Vers./Unfall-Nr.:

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Name: Strasse:

Vorname: PLZ/Ort:

Geschlecht: Geburtsdatum:

Mobil / Tel.: Mail:

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

☐ MRI ☐ CT ☐ Röntgen ☐ Mammadiagnostik ☐ Ultraschall

☐ DL ☐ Intervention ☐ Zweitbefundung ☐ dentale Bildgebung

Region:

Befundung durch:

MEDIZINISCHE / KLINISCHE VORGESCHICHTE

Notwendige Angaben: ☐ Schwangerschaft ☐ Implantat:

Bekannte Allergien:

Labor: Datum: Kreatinin: INR: Thrombozytenzahl:

Klinische Angaben:

Fragestellung:

BEFUND

◯ Post ◯ HIN-Mail:

Befundkopie an:

ZUWEISER:IN

GLN ZSR

Tel.

eMail

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an **die Radiologie des USZ**