



## Anmeldeformular Radiologie

Telefon 041 939 5577 , Fax 041 939 5590  
Mo bis Fr 6.45 bis 18.00 Uhr; Sa 7.45 bis 12.00 Uhr  
[radiologie.spz@paraplegie.ch](mailto:radiologie.spz@paraplegie.ch)

Name: Geb.-Datum:  
Vorname: War Patient schon in der SPZ-Radiologie?  ja  nein  
Strasse: Gibt es bereits Voruntersuchungen?  ja  nein  
PLZ/Ort: **Bitte Voraufnahmen beilegen!**  
Tel.-Nr. Patient: Termin:  Bitte Patienten aufbieten

### Gewünschte Untersuchung:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Röntgen                     | <input type="checkbox"/> Computertomographie (CT; Kreatininwert _____) |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall                 | <input type="checkbox"/> Kernspintomographie (MRI)                     |
| <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung (DEXA) | <input type="checkbox"/> EOS   |

### Region:

### Klinische Angaben:

### Fragestellung:

### Risikofaktoren / Kontraindikationen:

	ja	nein
Bestehende Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien / bek. KM-Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Nierenfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikoagulation, Gerinnungsstörung, Diabetiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Zusätzlich bei MRI:

	ja	nein
Klaustrophobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher, Schmerzpumpe, Neurostimulator, Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallteile (Prothesen/Clips/Herzklappe/ Cochlea Implantat/Splitter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kopie an:

### Einweisender Arzt:

Telefon:  
Mail / Fax:  
Unterschrift, Datum