Schweizer Paraplegiker Zentrum | Centre suisse des paraplégiques | Centro svizzero per paraplegici | Swiss Paraplegic Centre

Anmeldeformular Radiologie

Telefon +41 939 55 77
Montag bis Freitag 07.00 bis 18.00 Uhr

radiologie.spz@paraplegie.ch

Patient/in

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Gibt es bereits Voruntersuchungen? ❑ ja ❑ nein
Bitte Voraufnahmen beilegen.

Termin:

❑ Bitte Patient/in aufbieten

Gewünschte Untersuchung:

❑ Röntgen
❑ EOS
❑ Ultraschall
❑ DEXA (Knochendichtemessung)

❑ MRI
❑ CT; Kreatininwert / vom _____
❑ CT-Infiltration; Antikoagulation _____

Region:

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Risikofaktoren / Kontraindikationen:

	ja	nein
Bestehende Schwangerschaft	❑	❑
Allergien / bek. KM-Unverträglichkeit	❑	❑
Eingeschränkte Nierenfunktion	❑	❑
Schilddrüsenfunktionsstörung	❑	❑
Antikoagulation, Gerinnungsstörung, Diabetiker	❑	❑

Zusätzlich bei MRI:

	ja	nein
Klaustrophobie	❑	❑
Herzschrittmacher, Schmerzpumpe, Neurostimulator, Insulinpumpe	❑	❑
Metallteile (Prothesen/Clips/Herzklappe/ Cochlea Implantat/Splitter)	❑	❑

Bei Implantaten bitte OPS-Bericht/Informationen beilegen. Danke.

Befundkopie an:

❑ Bilddokumentation via H-Net an:

_____

Einweisende/r Ärztin/Arzt:
Telefon / Mail:

Datum / Unterschrift

_____

Guido A. Zäch Strasse 1 | CH-6207 Nottwil | T +41 41 939 54 54 | F +41 41 939 54 40 | spz@paraplegie.ch | www.paraplegie.ch
Ein Unternehmen der Schweizer Paraplegiker-Stiftung