



Anmeldeformular Radiologie

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

radiologie.spz@paraplegie.ch

**Patient*in
Name:**

Gibt es bereits Voruntersuchungen?
Bitte Voraufnahmen beilegen. ja nein

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

Termin:

PLZ / Ort:

Telefon:

Bitte Patient*in aufbieten

Gewünschte Untersuchung:

- Röntgen
- EOS
- Ultraschall
- DEXA (Knochendichtemessung)

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

Region:

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Risikofaktoren / Kontraindikationen:

Zusätzlich bei MRI:

	ja	nein
Bestehende Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien / bekannte Kontrastmittel-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"/>

	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"/>

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

Befundkopie an:

Zuweisende Ärztin, zuweisender Arzt:

Telefon / Mail:

Bilddokumentation via H-Net an:

Datum / Unterschrift: