

**Anmeldung Radiologie ambulant**

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Geb. Datum	Tel.
AHV-Nr.	Kostenträger

Termin:	<input type="checkbox"/> Aufbieten	<input type="checkbox"/> Dringend	<input type="checkbox"/> Termin vereinbart für (Datum/Zeit): _____
---------	------------------------------------	-----------------------------------	--

**Gewünschte Untersuchung**

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Arthrografie
<b>MRI-Untersuchung – Mögliche Kontraindikationen / Vorabklärung nötig</b>	
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Neurostimulatoren <input type="checkbox"/> Insulinpumpen <input type="checkbox"/> cerebrale Metallclips <input type="checkbox"/> Gehörimplantat <input type="checkbox"/> Anderes	
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Biopsie / Drainage <input type="checkbox"/> Infiltration
CT mit i.v. KM → Kreatinin: _____ µmol/L      Bestimmt am: _____	
<input type="checkbox"/> Röntgen	
<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Mammografie <input type="checkbox"/> bds. <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> Stanzbiopsie / Vakuumbiopsie
<input type="checkbox"/> Mamma-Ultraschall <input type="checkbox"/> bds. <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	
<input type="checkbox"/> Bestmögliche Untersuchung nach Ermessen der Radiologin/des Radiologen	

**Klinische Angaben**

**Fragestellung**

Bei Punktion / Biopsie / Drainage → Quick: \_\_\_\_\_ Bestimmt am: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion
<input type="checkbox"/> Klaustrophobie	<input type="checkbox"/> Antikoagulation	<input type="checkbox"/> Allergien		

Zuweisende/r Ärztin/Arzt (Name/Adresse/Tel./E-Mail HIN)
---

Im Verhinderungsfall bitte 24 Std. vorher abmelden. Versäumte Termine werden gem. Tarifordnung privat in Rechnung gestellt.

**Befund / Bilder per:**

<input type="checkbox"/> HIN-Email	<input type="checkbox"/> Bilder-Login Patient/in mitgeben
<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> Bilder via H-Net an: _____
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____	