

Anmeldung Radiologie

Patient bitte aufbieten Patient hat Termin _____

MRI CT Angio Ultraschall Röntgen Mammographie diagnostisch
 präventiv Stereotaxie

Name / Vorname:	Tel. Privat:
Geburtsdatum:	Tel. Geschäft/Natel:
Strasse:	PLZ/Ort:

Kostenträger Krankenkasse A HP P Unfall-/Policen-Nr. _____ A HP P

Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Gewünschte Untersuchung (leserlich ausfüllen):

Anamnese und klinische Angaben:

Fragestellung:

Erforderliche Angaben

Kreatinin: _____ (µmol/l) oder Kreatininclearance: _____ (ml/min) vom: _____ (Datum)

Schwangerschaft bekannt
 HIV / Hepatitis B/C
Port-a-cath Nadel Einlage
 durch Onkologie Spital Limmattal durch Zuweiser
Port-a-cath Nadel Entfernung
 durch Onkologie Spital Limmattal durch Zuweiser

CT:
 Diabetes mellitus
 Einnahme von Metformin
 Hyperthyreose

MRI:
 Schrittmacher / ICD
 Neurostimulator/Neuromodulator
 Insulinpumpe
 Schmerzpumpe
 Künstliche Herzklappe
 Aneurysmaclip/Cochleaimplantat

Angiographie/Punktion/Drainage/Dilatation
 Diabetes mellitus
 Einnahme von Metformin
 Hyperthyreose
 Thrombozytenaggregationshemmer:
 Orale Antikoagulation:
 INR: _____ / Quick: _____
 Thrombo:

Allergien / Anmerkungen / Besonderes:

Externe Zuweiser

Gewünschte Befundübermittlung

Fax Telefonische Befundübermittlung an
 Brief / Postweg Befundkopie an
 HIN-eMail:

Gewünschte Bilddokumentation:

CD-ROM
 nur Befund
 H-NET Medical Share

Zuweiser/vollständige Adresse inkl. Telefon (bitte leserlich ausfüllen)

Datum:

Bitte Voruntersuchungen mitbringen!

Im Verhinderungsfall bitte um Abmeldung 24 Stunden im Voraus. Bei unentschuldigtem Fernbleiben müssen wir Ihnen eine Konsultation verrechnen.