

Patientenanmeldung Radiologie

Anmeldung Radiologie: radiologie@spitalmaennedorf.ch
 Anmeldung MRI: mri@spitalmaennedorf.ch
 Sekretariat/Befunde: sekretariatradio@spitalmaennedorf.ch

Telefon: 044 922 20 01 Fax: 044 922 20 51
 Telefon: 044 922 20 08 Fax: 044 922 20 54
 Telefon: 044 922 20 52

Personalien

Name _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Geschlecht weiblich männlich
 Strasse, Nr. _____ PLZ, Wohnort _____
 Telefonnummer _____ Krankheit _____ Versicherungsnummer _____
 Unfall _____ Versicherungsklasse Allgemein HP Privat

Angaben zum Auftrag

Bereits telefonisch angemeldet für den _____ Dringend Bitte aufbieten Pat. meldet sich Schwangerschaft Ja Nein
 Klinische Angaben Anamnese, Befunde _____
 Diagnose, Fragestellung _____
 Gewünschte Untersuchung Körperregion, Organ Seite rechts links

Röntgen

Osteodensitometrie (

Mammographie

inkl. Rheumat. Empfehlung

Ultraschall

inkl. Rheumat. Sprechstunde)

MRI

mit Arthro

CT

mit Arthro

Intervention Biopsie

Angiographie / Phlebographie

Ja / Nein

/ Herzschrittmacher, Neurostimulator, Insulinpumpe etc.

Ja / Nein

/ bekannte KM - Allergie (Iod)

Ja / Nein / Gerinnungsstörung ggf.

/ Klaustrophobie

/ Hyperthyreose

aktueller Quick % / INR

/ bekannte KM-Allergie (Gadolinium)

/ Metformin-Medikation

aktuelle Thrombozyten 10³/µl

/ Antikoagulation (Marcoumar, Xarelto, ASS etc.)

Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

bei fehlenden Angaben müssen die Patienten für die Laboruntersuchungen ½ Stunde vor dem vereinbarten Termin erscheinen

Gewicht kg

Ja / Nein

/ Niereninsuffizienz

Grösse cm

Kreatinin: µmol/l

Kreatinin bestimmt am:

Gewünschte Benachrichtigung telefonischer Bericht H-Net E-Mail [HIN secured]

Kopie an

Zuweiser

Name, Vorname _____ Telefon _____
 Str., PLZ, Wohnort _____ E-Mail _____
 Datum Anmeldung _____ Bemerkungen _____

