Anmeldung für radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen

**Patient**

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Station: Zi.-Nr.:

Grösse: Gewicht:

Schwangerschaft [ ]  ja [ ]  nein

Diabetes mellitus [ ]  ja [ ]  nein

Aktueller Kreatinin-Wert:

Bekannte Allergien:

Hyperthyreose / Schilddrüsenfunktion:

**Bitte freilassen** (interne Informationen)

**Klinische Angaben / Fragestellung / gewünschte Untersuchungen**

Untersuchung / Intervention

[ ]  Konventionelle Röntgendiagnostik

[ ]  Kontrastmitteluntersuchungen

[ ]  Mammadiagnostik

[ ]  Computertomographie (CT)

[ ]  Magnetresonanztomographie (MR)

[ ]  Ultraschall (US, Farbdoppler, Duplex)

[ ]  Nuklearmedizin (Diagnostik und Therapie)

[ ]  DXA zur Knochendichtemessung

[ ]  DXA zur Fettanalyse (whole body composition)

[ ]  Interventionelle Radiologie (Gefässintervention / Schmerztherapie / onkologische Intervention / Punktion / Drainage / Biopsie etc.; bitte beschreiben)

Für MR-Untersuchungen

Angabe Fremdkörper (z.B.: Pacemaker / Insulinpumpe /

Schmerzpumpe / Neurostimulator)

Für radiologische Interventionen

Zurzeit eingenommene Medikamente /
Antikoagulation? (Quick / INR …?)

Angemeldet für:

Ort:

Datum: Zeit:

[ ]  Durch Radiologie aufzubieten

**Telefon:**

Datum:

Unterschrift:

**Auftraggeber oder Praxisstempel**

in Druckschrift

**Bilddokumentation**

[ ]  CD

[ ]  keine Bilddokumentation