Name:       Vorname:

Lediger Name:       Bei Kindern; Name Eltern:

Geburtsdatum:       Versicherung:

Adresse:       Tel. P / G:

PLZ / Ort:       Mobile:

[ ]  Patient aufbieten [ ]  Bitte aufbieten [ ]  Termin am

|  |  |
| --- | --- |
| **Untersuchungsmethode**[ ]  **MRI**[ ]  **CT**[ ]  **Röntgen**[ ]  **Ultraschall**[ ]  **Mammografie diagnostisch**[ ]  falls nötig US[ ]  falls nötig Stanzbiopsie[ ]  **Mammografie präventiv**[ ]  falls nötig US | **Untersuchungsregion**      [ ]  rechts [ ]  links |
| **Klinische Angaben und Fragestellung**      |
| **Risikoanamnese****Allgemein:** Ja NeinNierenerkrankung [ ]  [ ] Schwangerschaft [ ]  [ ] Allergien [ ]  [ ] Falls ja, was:       | **Erforderlich bei CT:** Ja NeinHyperthyreose [ ]  [ ] DM unter Metformin [ ]  [ ] Blutverdünner [ ]  [ ]  | **Erforderlich bei MRI:** Ja NeinSchrittmacher / ICD [ ]  [ ] Implantate / Metall [ ]  [ ] Platzangst [ ]  [ ]  |
| **Laborwerte (mit Datum)**Kreatinin:      Grösse / Gewicht:       /       | Quick / INR:      (Intervention / Arthrografie) | TSH:       |
| **Befundkopie an:**      [ ]  CD [ ]  H-Net | **Datum:** **Zuweisender Arzt/Ärztin** (Stempel/Telefon)             |
| **Notizen Radiologie (intern)** |