



Anmeldeformular Radiologie

Telefon +41 939 55 77
Montag bis Freitag 07.00 bis 18.00 Uhr

radiologie.spz@paraplegie.ch

**Patient/in
Name:**

Gibt es bereits Voruntersuchungen? ja nein
Bitte Voraufnahmen beilegen.

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

Termin:

PLZ/Ort:

Telefon:

Bitte Patient/in aufbieten

Gewünschte Untersuchung:

- Röntgen
- EOS
- Ultraschall
- DEXA (Knochendichtemessung)

- MRI
- CT; Kreatininwert / vom _____
- CT-Infiltration; Antikoagulation _____

Region:

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Risikofaktoren / Kontraindikationen:

ja nein

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Bestehende Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien / bek. KM-Unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eingeschränkte Nierenfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antikoagulation, Gerinnungsstörung,
Diabetiker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zusätzlich bei MRI:

ja nein

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Klaustrophobie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher, Schmerzpumpe,
Neurostimulator, Insulinpumpe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Metallteile (Prothesen/Clips/Herzklappe/
Cochlea Implantat/Splitter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bei Implantaten bitte OPS-Bericht/Informationen beilegen. Danke.

Befundkopie an:

Bilddokumentation via H-Net an:

Einweisende/r Ärztin/Arzt:

Telefon / Mail:

Unterschrift / Datum