

Patientenanmeldung

MRI

CT

Röntgen

Ultraschall

Mammographie

DEXA

Infiltration

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Gewünschte Untersuchung

Klinische Angaben / Fragestellung

Herzschrittmacher / Implantate

Klaustrophobie

Schwangerschaft

Hyperthyreose

Antikoagulation
(falls Infiltration oder Biopsie)

Quick _____ % Tc _____ tsd/ μ l

orale Antidiabetika (Metformin)

Nierenfunktion (<14 Tage)
für CT-Untersuchungen

Kreatinin: _____ μ mol/l

GFR: _____ ml/min

Kontrastmittel-Allergie (Jod)

Aufbieten bis / am: nächster freier Termin / sobald möglich

Termin bereits vereinbart am: _____ Zeit: _____

Praxis-Standort Wunsch: flexibel Wallisellen Stettbach

Kostenträger: Krankenkasse Selbstzahler Unfall

➔ **Im Verhinderungsfall
bitte 24 Stunden vorher
benachrichtigen**

Befundkopie an:

Arzt / Ärztin

(Stempel und
Unterschrift)

Datum: