

# 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/µl

☐ orale Antidiabetika (Metformin)

☐ Nierenfunktion ( <14 Tage )  
für CT-Untersuchungen

Kreatinin: \_\_\_\_\_ µmol/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)

Dokument senden an: rnrblatt@hin.ch

Datum: