

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

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**

Arzt / Ärztin

Befundkopie an:

Dokument senden an: rnrblatt@hin.ch

Datum: _____