INSELGRUPPE

Radiologie und Neuroradiologie Inselgruppe
Division Stadt und Land

RÖNTGENANMELDUNG

Gewünschtes Spital

☐ Aarberg	Tel. 032 / 391 83 93 Fax 032 / 391 83 99	☐ Riggisberg	Tel. 031 / 808 71 95 Fax 031 / 808 71 00
☐ Belp	Tel. 031 / 818 91 74 Fax 031 / 818 91 78	☐ Tiefenau	Tel. 031 / 308 84 52 Fax 031 / 308 89 52
☐ Schwarzenburg	Tel. 031 / 734 35 06 Fax 031 / 734 35 37		

Name, Vorname: .....
Strasse: .....
PLZ, Wohnort: .....
Geburtsdatum: .....
Telefon: .....
Versicherung / KK: .....
Geschlecht ☐ **männlich** ☐ **weiblich**

☐ Unfall ☐ Krankheit

Zuweiser: (Stempel und Unterschrift)

Fax Nr.:
Telefon:

Datum der Untersuchung:

……..

☐ Notfallmässig ☐ Patient aufbieten

Gewünschte Untersuchung: (Seitenangabe nicht vergessen) ☐ mit Gips ☐ ohne Gips

Klinische Angaben: (Anamnese, Operationen, ggf. Therapie)

Fragestellung/Verdachtsdiagnose:

Für alle Untersuchungen: Schwangerschaft ja ☐ nein ☐

Bei folgenden Untersuchungen sind zusätzliche Angaben nötig

MRI

Herzschrittmacher ja ☐ nein ☐
Claustrophobie ja ☐ nein ☐
Antikoaguliert ja ☐ nein ☐
Kreatinin ……..
Clearence ……
Implantate: ……..

……..

CT

Allergien ja ☐ nein ☐
Welche? .....
……..
Kreatinin ……..
Clearence :……
Antikoaguliert ja ☐ nein ☐
Niereninsuff. ja ☐ nein ☐
Hyperthyreose ja ☐ nein ☐
Diabetes

Orale Antidiabetika
wie Metformin ja ☐ nein ☐

Intervention

FNP + Drainage im CT oder im Ultraschall

Quick: .....
Thrombo: .....
Kreatinin: .....

Bitte alle Voruntersuchungen mitgeben

☐ keine vorhanden ☐ bringt Patient mit ☐ vorhanden bei: ……..

☐ **Bericht des Befundes bitte sofort telefonisch**

☐ Kopie an: ……..