

Radiologieanmeldung

Gewünschtes Spital

Aarberg Tel. +41 32 391 83 93, Fax +41 32 391 83 99, radiologie.anmeldung@spitalaarberg.ch

Riggisberg Tel. +41 31 808 71 95, Fax +41 31 808 71 00, radiologie.mtra@spitalriggisberg.ch

Name, Vorname:	Zuweiser: (Stempel und Unterschrift)					
Strasse:						
PLZ, Wohnort:						
Geburtsdatum:						
Telefon:						
Versicherung / KK:						
Geschlecht	männlich	weiblich				
	Unfall	Krankheit				
		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	CT	Intervention				
Herzschrittmacher	ja	nein	Allergien	ja	nein	FNP + Drainage im CT oder im Ultraschall
Claustrophobie	ja	nein	Welche?			
Antikoaguliert	ja	nein	Kreatinin:			
Kreatinin:				Quick:		
Clearence:				Thrombo:		
Implantate:				Kreatinin:		
	Antikoaguliert	ja	nein			
	Niereninsuff.	ja	nein			
	Hyperthyreose	ja	nein			
	Diabetes					
	Orale Antidiabetika wie Metformin	ja	nein			
Bitte alle Voruntersuchungen mitgeben						
keine vorhanden	bringt Patient mit	vorhanden bei:				
Bericht des Befundes bitte sofort telefonisch						
Kopie an:						