

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: _____			Fax Nr.: _____		
Versicherung / KK: _____			Telefon: _____		
Geschlecht			Datum der Untersuchung: _____		
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	
Herzschr. m. M.	ja nein	Allergien	ja nein	FNP + Drainage im CT oder im Ultraschall	
Claustrophobie	ja nein	Welche? _____			
Antikoaguliert	ja nein	_____			
Kreatinin:	_____	Kreatinin:		Quick:	
Clearence:	_____	Clearence:		Thrombo:	
Implantate:	_____	Antikoaguliert	ja nein	Kreatinin:	
		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: _____					