

Anmeldung

Personalien:

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: ☐ M ☐ W
 Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Geb. Datum: _____
 Tel. Privat: _____ Natel: _____ Geschäft: _____
☐ Krankheit / Versicherung: _____ Police-Nr.: _____ AVH Nr.: _____
☐ Unfall / Versicherung: _____ Unfall-Nr.: _____ Datum: _____

Termin: ☐ Bitte aufbieten ☐ Bereits vereinbart: _____ ☐ **Notfall** / bis spätestens: _____

Untersuchungsmethode

- ☐ **MRI**
☐ **CT**
☐ **Röntgen**
☐ **Ultraschall**
☐ **Mammographie**
☐ mit Ultraschall
☐ mit evtl. FNP/Stanzbiopsie
☐ **Osteodensitometrie (DEXA)**
☐ **Anderes:** _____

Risikoanamnese

Platzangst: ☐ Ja ☐ Nein
 Herzschrittmacher: ☐ Ja ☐ Nein
 Künstl. Herzklappe: ☐ Ja ☐ Nein
 Diabetes: ☐ Ja ☐ Nein
 SD-Überfunktion: ☐ Ja ☐ Nein
 Blutverdünner: ☐ Ja ☐ Nein
 Allergien: ☐ Ja ☐ Nein
 Wenn ja, welche: _____
 Elektr. Implantate: ☐ Ja ☐ Nein
 Wenn ja, welche: _____
 Kreatinin: _____ Datum: _____
 Grösse: _____ Gewicht: _____
Frauen:
 Schwangerschaft: ☐ Ja ☐ Nein

Region

_____ ☐ links ☐ rechts

Klinische Angaben/Fragestellung:

Voruntersuchung (bitte dem Patienten mitgeben):

☐ Ja, Institut: _____ Datum: _____ ☐ Nein

Befundzustellung erfolgt per Mail.

Zusätzlich gewünscht: ☐ Post ☐ Telefonisch, Nr.: _____

Kopie an: _____

Datum: _____

Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)