Name:       Lediger Name:

Vorname:       Eltern (bei Kindern):

Geburtsdatum:       Versicherung:

Adresse:       Telefon / Mobile:

Patient aufbieten  Bitte aufbieten  Termin am:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Untersuchungsmethode**  **MRI**  **CT**  **Röntgen**  **Ultraschall**  **Mammografie diagnostisch**  falls nötig US  **Mammografie präventiv**  falls nötig US | **Untersuchungsregion**  rechts  links | | |
| **Klinische Angaben und Fragestellung** | | |
| **Risikoanamnese**  **Allgemein** Ja Nein  Nierenerkrankung  Schwangerschaft  Allergien  Falls ja, was: | **Erforderlich bei CT** Ja Nein  Hyperthyreose  DM unter Metformin  Blutverdünner | | **Erforderlich bei MRI** Ja Nein  Schrittmacher / ICD  Implantate / Metall  Platzangst |
| **Laborwerte** (inkl. Datum)  Kreatinin:  Gewicht / Grösse:       / | Quick / INR:  (Intervention / Arthrografie) | | TSH: |
| **Zuweisender Arzt / Ärztin** (Stempel / Telefon / Datum) | | **Befundkopie** | |
| H-Net  QR-Code | | | |
|  | | | |
| **Interne Notizen Radiologie** | | | |