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 NeinNierenerkrankung [ ]  [ ] Schwangerschaft [ ]  [ ] Allergien [ ]  [ ] Falls ja, was:       | **Erforderlich bei CT** Ja NeinHyperthyreose [ ]  [ ] DM unter Metformin [ ]  [ ] Blutverdünner [ ]  [ ]  | **Erforderlich bei MRI** Ja NeinSchrittmacher / 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** |