Name:       Vorname:

Lediger Name:       Bei Kindern; Name Eltern:

Geburtsdatum:       Versicherung:

Adresse:       Tel. P / G:

PLZ / Ort:       Mobile:

Patient aufbieten  Bitte aufbieten  Termin am

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Untersuchungsmethode**  **MRI**  **CT**  **Röntgen**  **Ultraschall**  **Mammografie diagnostisch**  falls nötig US  falls nötig Stanzbiopsie  **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 (mit Datum)**  Kreatinin:  Grösse / Gewicht:       / | Quick / INR:  (Intervention / Arthrografie) | TSH: |
| **Befundkopie an:**    CD  H-Net | **Datum:** **Zuweisender Arzt/Ärztin** (Stempel/Telefon) | |
| **Notizen Radiologie (intern)** | | |