



## Anmeldeformular - Radiologie

### Personalien / Patienten-Etikette

Name  
Vorname  
Geburtsdatum  
Geschlecht  
Strasse Nr.  
PLZ/Ort  
Tel.  
Arbeitgeber  
Name  
Adresse

### Vereinbarter Untersuchungstermin

Datum:  
Patient meldet sich  Uhrzeit:  
Patient aufbieten   
Versicherungsangaben  
Name  
Adresse  
Gesetz  
Versichertennr.  
Falldatum  
Fallnummer

### Gewünschte Untersuchung:

- Röntgen  Ultraschall  CT  MRI  DEXA  Mammografie  
 Durchleuchtung/Intervention  nach Ermessen der Radiologie

### Region:

### Klinische Angaben und Fragestellung

### Relevante Angaben:

- Niereninsuffizienz  Hyperthyreose  Schwangerschaft  
Serum-Kreatinin: vom  KM-Allergie  Schrittmacher  
 Diabetes  Orale Antidiabetika (Metformin)  Antikoagulantien:

### Befundkopie:

### Befund:

- Per E-Mail  Schriftlicher Brief  
 Doku auf CD  Andere:

### Zuweisender Arzt

EAN

ZSR

E-Mail

Telefon

Datum

### Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Gesundheitszentrum Fricktal.