



## Anmeldeformular

→ Bitte Formular senden an: Rheinfelden: [radiologie.rheinfelden@gzf.ch](mailto:radiologie.rheinfelden@gzf.ch)  
Laufenburg: [radiologie.laufenburg@gzf.ch](mailto:radiologie.laufenburg@gzf.ch)

### Personalien / Patienten-Etikette

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Krankheit

Unfall

### Vereinbarter Untersuchungstermin

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Patient meldet sich

Patient aufbieten

→ Die Versicherungskarte ist zwingend mitzubringen!

### Gewünschte Untersuchung:

Röntgen

Ultraschall

CT

MRI

DEXA

Mammografie

Durchleuchtung/Intervention

nach Ermessen Radiologe

Region: \_\_\_\_\_

### Klinische Angaben und Fragestellung

---

---

---

---

---

---

---

---

### Relevante Angaben:

Niereninsuffizienz

Serum-Kreatinin: \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Diabetes

Orale Antidiabetika (Metformin)

Hyperthyreose

Schwangerschaft

KM-Allergie

Schrittmacher

Antikoagulantien: \_\_\_\_\_

### Berichtkopie an (Adresse)

---

---

---

### Zuweisender Arzt (Adresse)

---

---

---

### Befund:

Per E-Mail

Schriftlich per Brief

Dokumentation auf CD

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Kontakt

Gesundheitszentrum Fricktal AG  
Radiologie

### Spital Rheinfelden

Riburgerstrasse 12  
4310 Rheinfelden  
T + 41 (0)61 835 65 17  
[radiologie.rheinfelden@gzf.ch](mailto:radiologie.rheinfelden@gzf.ch)

### Spital Laufenburg

Spitalstrasse 10  
5080 Laufenburg  
T + 41 (0)62 874 53 35  
[radiologie.laufenburg@gzf.ch](mailto:radiologie.laufenburg@gzf.ch)