



## Anmeldeformular

### Personalien Patienten-Etikette

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

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

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

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

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

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

Telefon geschäftlich: \_\_\_\_\_

Krankheit  Unfall

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Unfallversicherer: \_\_\_\_\_

### Anmeldung bildgebende Diagnostik

Gewünschte Untersuchung:

- Röntgen  Ultraschall  CT  
 MRI  Durchleuchtung  Mammografie  
 DEXA / Osteodensitometrie

Osteodensitometrie und osteologisches Konsilium ...

durch Dr. med. Luzia Brunner van Reijn

### Klinische Angaben

Schwangerschaft ausgeschlossen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Fragestellung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Gewünschte Dokumentation (bitte unbedingt ausfüllen)

Ich wünsche keine Bilder, nur den schriftlichen Befund.

Ich wünsche die Dokumentation auf Papierausdruck.

Ich wünsche die Dokumentation auf CD.

\_\_\_\_\_

### 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)

### Vereinbarter Untersuchungstermin

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

Patient meldet sich  Patient aufbieten

→ Die Versicherungskarte ist zwingend mitzubringen!

### Bei invasiver Diagnostik

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

Quick: \_\_\_\_\_ % vom \_\_\_\_\_

Thrombozyten: \_\_\_\_\_ 109/L vom \_\_\_\_\_

### Bei Untersuchung mit i.v. Kontrastmittelgabe

– Bekannte Erkrankungen:

- Niereninsuffizienz  
 Diabetes  
 Schwere Herz-/Kreislaufinsuffizienz  
 Hyperthyreose  
 Kontrastmittelreaktionen: \_\_\_\_\_

– Medikamente:

Orale Antidiabetika (Metformin)

– Laborwerte:

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

### Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt (Adresse)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

### Berichtkopie an (Adresse)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_