



Anmeldeformular Radiologie

Telefon 041 939 5577 , Fax 041 939 5590
Mo bis Fr 6.45 bis 18.00 Uhr; Sa 7.45 bis 12.00 Uhr
radiologie.spz@paraplegie.ch

Name:

Geb.-Datum:

Vorname:

War Patient schon in der SPZ-Radiologie? ja nein

Strasse:

Gibt es bereits Voruntersuchungen? ja nein

PLZ/Ort:

Bitte Voraufnahmen beilegen!

Tel.-Nr. Patient:

Termin:

Bitte Patienten aufbieten

Gewünschte Untersuchung:

- Röntgen
- Ultraschall
- Knochendichtemessung (DEXA)

- Computertomographie (CT; Kreatininwert
- Kernspintomographie (MRI)
- EOS

Region:

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Bitte freilassen, wird von Radiologie ausgefüllt

Risikofaktoren / Kontraindikationen:

ja nein

- | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bestehende Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien / bek. KM-Unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eingeschränkte Nierenfunktion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antikoagulation, Gerinnungsstörung,
Diabetiker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zusätzlich bei MRI:

ja nein

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Klaustrophobie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher, Schmerzpumpe,
Neurostimulator, Insulinpumpe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Metallteile (Prothesen/Clips/Herzklappe/
Cochlea Implantat/Splitter) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kopie an:

Einweisender Arzt:

Adresse:

Telefon:

Fax:

Unterschrift, Datum