

Öffnungszeiten: Mo – Fr: 07.00 – 19.00 Uhr  
Telefon: +41 (0)61 281 69 69  
Fax: +41 (0)61 281 69 73

# Anmeldung

## Patient

Patient bitte direkt aufbieten

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Anamnese, klin. Befund, Therapie, Ergebnisse anderer Untersuchungen:

Fragestellung:

Gewünschte Untersuchungen: Regionen/Bewegungsapparat/Organe:

## Zuweisender Arzt

Vorname:

Name:

Telefon:

Unterschrift:

## Methoden

Röntgen

Ultraschall

Computertomografie

Magnetresonanztomografie

PET/CT

Bestmögliche/effizienteste Methode  
nach Ermessen des Radiologen

Notfallmässige Untersuchung

Bitte Unterlagen von früheren  
Untersuchungen dem Patienten  
mitgeben

## Zusatzangaben

Niereninsuffizienz:  Ja  Nein

Serum-Kreatinin:   $\mu\text{mol/l}$

Allergien:  Ja  Nein

Resultat gewünscht bis:

Kopie an: