



ZENTRUM FÜR  
**BILDDIAGNOSTIK**  
SEHEN, WAS IST.

#### Öffnungszeiten

Montag - Donnerstag  
8.00 - 18.00 Uhr

Freitag  
8.00 - 17.00 Uhr

#### Zentrum für Bilddiagnostik AG

Centralbahnstrasse 4  
4051 Basel

T 061 281 69 69  
F 061 281 69 73

frontdesk@bilddiagnostik.ch

## ANMELDUNG

**Patienten ganz einfach online zuweisen: [www.bilddiagnostik.ch/termine](http://www.bilddiagnostik.ch/termine)**

Ihre Logindaten erhalten Sie unter [frontdesk@bilddiagnostik.ch](mailto:frontdesk@bilddiagnostik.ch) und 061 281 69 69.

### Patient

Herr  Frau  Patient bitte direkt aufbieten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gewünschter Untersuchungsort:  Basel  Muttenz

Gewünschte Untersuchungen: Regionen / Bewegungsapparat / Organe:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medizinische Angaben [Anamnese / Fragestellung]:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Modalität

Magnetresonanztomografie

Computertomografie

PET / CT

SPECT-CT

Röntgen

Ultraschall

Bestmögliche / effizienteste  
Methode nach Ermessen  
des Radiologen

### Zusatzangaben

Niereninsuffizienz:  Ja  Nein

Serum-Kreatinin: \_\_\_\_\_ µmol/l

Allergien:  Ja  Nein

Herzschrittmacher:  Ja  Nein

Resultat gewünscht bis:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kopie an:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Zuweisender Arzt

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

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