Anmeldung für radiologische und nuklearmedizinische Untersuchungen

**Patient**

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Station: Zi.-Nr.:

Grösse: Gewicht:

Schwangerschaft  ja  nein

Diabetes mellitus  ja  nein

Aktueller Kreatinin-Wert:

Bekannte Allergien:

Hyperthyreose / Schilddrüsenfunktion:

**Bitte freilassen** (interne Informationen)

**Klinische Angaben / Fragestellung / gewünschte Untersuchungen**

Untersuchung / Intervention

Konventionelle Röntgendiagnostik

Kontrastmitteluntersuchungen

Mammadiagnostik

Computertomographie (CT)

Magnetresonanztomographie (MR)

Ultraschall (US, Farbdoppler, Duplex)

Nuklearmedizin (Diagnostik und Therapie)

DXA zur Knochendichtemessung

DXA zur Fettanalyse (whole body composition)

Interventionelle Radiologie (Gefässintervention / Schmerztherapie / onkologische Intervention / Punktion / Drainage / Biopsie etc.; bitte beschreiben)

Für MR-Untersuchungen

Angabe Fremdkörper (z.B.: Pacemaker / Insulinpumpe /

Schmerzpumpe / Neurostimulator)

Für radiologische Interventionen

Zurzeit eingenommene Medikamente /  
Antikoagulation? (Quick / INR …?)

Angemeldet für:

Ort:

Datum: Zeit:

Durch Radiologie aufzubieten

**Telefon:**

Datum:

Unterschrift:

**Auftraggeber oder Praxisstempel**

in Druckschrift

**Bilddokumentation**

CD

Film

Papier

keine Bilddokumentation