

Anmeldung für Untersuchung und Behandlung im Institut für Radiologie (Ärztezentrum Limmatfeld):

MRI	<input type="checkbox"/>
CT	<input type="checkbox"/>
Ultraschall/Duplex	<input type="checkbox"/>
US-Interventionen	
Konventionelles Röntgen	<input type="checkbox"/>
Durchleuchtung	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>
US-gesteuerte Brustbiopsie/FNP	<input type="checkbox"/>
Stereotaktische-/MR-Vakuumbiopsie	
Angiographie/Gefässintervention	
Intervention/Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>
DEXA, nur Untersuchung	<input type="checkbox"/>
DEXA mit Osteoporose-Sprechstunde	<input type="checkbox"/>
Bitte um Vorschlag bezüglich geeigneten bildgebenden Verfahren	<input type="checkbox"/>

Dringlichkeit Notfall* dringend (3-4 Arbeitstage) nicht dringend

* Notfall-Termine nur nach telefonischer Vereinbarung.

Aufgebot Patient/Patientin ambulant anbieten
 Patient/Patientin hat bereits einen Termin erhalten am

Personalien

Name/Vorname:

Geburtsdatum (T/M/J): weiblich männlich

Strasse/Nr.: PLZ/Ort:

Telefonnr.: Mobil:

Diagnose/Fragestellung

Allgemeine Infos

Schwangerschaft/Stillzeit? nein ja

Allergien: nein ja, welche?

bei KM-Gabe: aktueller Kreatininwert/Clearance

bei Interventionen: Quick und Tc

bei MRI: Implantate Herzschrittmacher

Signatur

Unterschrift Arzt:

Datum:

Beilage: frühere Bilder

Stempel