

PATIENTENANMELDUNG

Prof. Dr. med. Walter Wiesner
Dr. med. Christian Strittmatter
PD Dr. med. Mazda Memarsadeghi
Dr. med. Urs Amsler
Dr. med. Philipp Lampe
Dr. med. Thu Nguyen
FMH Diagnostische Radiologie

Stempel des einweisenden Arztes:

Patient/in aufbieten meldet sich

Auskünfte: 071 886 18 18

Untersuchungstermin: _____

Nachname _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____ Telefon _____

Adresse _____ Handy _____

PLZ/Ort _____

Kostenträger:

Krankenkasse Versicherung SUVA EMV IV

Genauere Bezeichnung und Adresse der Kasse/Versicherung:

Vers. Nr.
Arbeitgeber

Frühere Röntgenuntersuchungen?

Klinischer Befund und Diagnose:

Fragestellung:

- Klaustrophobie
- Schwangerschaft / Stillen
- Allergien
- Hyperthyreose
- Diabetes
- Metformin
- Antikoagulation
- Metall-Fremdkörper
- Piercing
- Pacemaker
- Neurostimulator
- Insulinpumpe
- Schmerzpumpe
- Cochleaimplantat
- Niereninsuffizienz
- akt. Kreatinin

Gewünschte Untersuchung:

MR Mammographie

CT Ultraschall

Röntgen Feinnadelpunktion

Infiltration KM-Passage

Anderes _____

Bitte Bericht faxen an Fax-Nr. _____

Bitte neue Anmeldeformulare

Bitte Bericht per e-mail an _____

Bitte Kopie an _____