



RÖNTGENINSTITUT

T H U N

## Anmeldung zur Untersuchung

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Tel. privat u. Mobile:

Tel. geschäftlich:

Männlich Weiblich

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

AHV-Nummer:

Unfallversicherung:

E-Mail-Adresse:

Suva EMV IV Sonstige

Schadenummer:

## Gewünschte Aufnahme, Untersuchung

Röntgen

Organ, Region:

Sonographie

Mammographie

Knochendichtemessung

Computertomographie (CT)

Magnetresonanztomographie (MRI)

## Klinische Angaben, Fragestellung

Schwangerschaft

Sind Kontrastmittelunverträglichkeiten, Nierenfunktionsstörungen oder Schilddrüsenüberfunktionen bekannt?

Sonstige Besonderheiten (besondere Behinderungen; Patient liegend; im Rollstuhl):

**Wichtig für MRI-Untersuchungen:**

Patient mit Klaustrophobie

Herzschrittmacher, bestimmte Gefässklips im Gehirn, Neurostimulatoren und Insulinpumpen sind Kontraindikationen.

## Untersuchungstermin

Datum:

Zeit:

Bitte Patient aufbieten

**Bitte, wenn möglich, Voraufnahmen beilegen oder dem Patienten mitgeben.**

Bilder auf:

CD

Keine Bilder

Internetzugriff auf Bildserver gewünscht

Tel. Sofortbereich

Telefonischer Sofortbericht

Ort, Datum:

Zuweisender Arzt (Stempel, Unterschrift)

Befundkopie an:

Bitte senden Sie Anmeldeformulare