

ANMELDUNG RADIOLOGIE THUN

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:		PLZ / Ort:
Telefon / Mobil:		Kostenträger:
E-Mail:		AHV-Nr.:
☐ Krankheit	Unfalldatum:	
☐ Unfall	Vers.-/Unfall-Nr.	Karten-Nr.:

Terminwunsch bis spätestens:	☐ Patientin/Patient bitte aufbieten
---	---

Gewünschte Untersuchung:	Kontrastmittel ☐ Ja ☐ Nein
-------------------------------------	---

Indikation / klinische Angaben:
Fragestellung:

Schwangerschaft: ☐ Ja ☐ Nein	Kreatininwert:
---	-----------------------

Wichtig für MRI (bitte ankreuzen):

Pacemaker	☐ Ja ☐ Nein
Allergie	☐ Ja ☐ Nein
Klaustrophobie	☐ Ja ☐ Nein
Tätowierungen < 6 Wochen	☐ Ja ☐ Nein

Befundkopie:

☐ Ja ☐ Nein

Kontaktaten verordnende Ärztin / verordnender Arzt (bitte vollständig ausfüllen bzw. Praxisstempel mit Unterschrift):

Praxisname:	Unterschrift, Datum: _____
Name und Vorname Ärztin/Arzt:	
Adresse:	
PLZ / Ort:	
Telefon/E-Mail:	