

Radiologie

## Anmeldung zur ambulanten radiologischen Untersuchung

**Betrifft:** Name / Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

Tel.:

**Versichertenstatus:**

Krankheit

Unfall

IV

IV beantragt

**Krankenkasse:**

**Versicherten-Nr.:**

---

**Notwendige Angaben:**

schwanger

Allergien

Hyperthyreose

Kreatinin \_\_\_\_\_ μmol/l

**Spezielle Wünsche:**

---

Computer-Tomographie

Ultraschall

Konventionelle Radiologie

---

**Untersuchung:**

**Termin:**

**Zeit:**

Patient / Patient bringt zur Untersuchung Voraufnahmen mit

**Klinische Diagnose:**

**Anamnese und klinischer / neurologischer Befund:**

**Aktuelle Fragestellung:**

**Organisatorische Wünsche** (z.B. Befundkopien, CD mit Untersuchungsbildern brennen):

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Anmeldung / Organisation:  
Radiologie  
Tel.: +41 61 326 42 74  
Fax: +41 61 326 42 77