

PATIENTENANMELDUNG

Prof. Dr. med. W. Wiesner
Dr. med. Ph. Lampe
Dr. med. Th. Nguyen
FMH Diagnostische Radiologie

Vertretungen / Konsilien / second opinions

Dr. med U. Amsler
Dr. med. Ch. Strittmatter

Stempel des einweisenden Arztes:

Patient/in aufbieten meldet sich

Auskünfte: 071 227 60 60

Untersuchungstermin: _____

Familienname _____ Mädchenname _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Telefon _____

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 Osteodensitometrie (DEXA)

Bitte Bericht faxen an Fax-Nr. _____

Bitte neue Anmeldeformulare

Bitte Bericht per e-mail an _____

Bitte Kopie an _____