

# PATIENTENANMELDUNG

Prof. Dr. med. Walter Wiesner  
Dr. med. Christian Strittmatter  
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: \_\_\_\_\_

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

Bitte Bericht faxen an Fax-Nr. \_\_\_\_\_

Bitte neue Anmeldeformulare

Bitte Bericht per e-mail an \_\_\_\_\_

Bitte Kopie an \_\_\_\_\_