

# PATIENTENANMELDUNG

Prof. Dr. med. W. Wiesner  
Dr. med U. Amsler  
FMH Diagnostische Radiologie

Stempel des einweisenden Arztes:

Vertretungen / Konsilien / second opinions

Dr. med. Ch. Strittmatter  
Dr. med. Ph. Lampe  
Dr. med. Th. Nguyen

Patient/in  aufbieten  meldet sich

**Auskünfte:** 071 747 28 28

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
- 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  CT-Osteodensitometrie

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

Bitte neue Anmeldeformulare

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

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