

ZENTRUM FÜR MIKROTHERAPIE / INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE KLINIK HIRSLANDEN

PATIENTEN-INFORMATIONEN

AMBULANT STATION: _____
 STATIONÄR TELEFON: _____
 NAME: _____
 VORNAME: _____
 GEBURTSDATUM: _____
 STRASSE: _____
 PLZ/ORT: _____
 TELEFON/MOBILE: _____

 BITTE DIREKT ZUR UNTERSUCHUNG AUFBIETEN
 DATUM: _____ ZEIT: _____

RISIKEN

HERZSCHRITTMACHER? JA NEIN
NEUROSTIMULATOR? JA NEIN

UNTERSUCHUNG

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RÖNTGEN
<input type="checkbox"/> PET/CT		<input type="checkbox"/> MRI - OFFENES GERÄT
<input type="checkbox"/> INTERVENTIONEN		<input type="checkbox"/> NUKLEARMEDIZIN
<input type="checkbox"/> MAMMOGRAFIE		<input type="checkbox"/> DEXA-MESSUNG
<input type="checkbox"/> INTRAARTIKULÄRE KM-GABE		<input type="checkbox"/> GANZKÖRPER- FETTMESSUNG
<input type="checkbox"/> SPECT/CT		<input type="checkbox"/> FNP/BIOPSIE
<input type="checkbox"/> ULTRASCHALL		

REGION/ORGAN: _____

KLINISCHE ANGABEN: _____

FRAGESTELLUNG: _____

ALLERGIEN/IMPLANTATE? _____

BEFUNDUNG

BEFUND PER	BILDDOKUMENTATION	SCHNELLBEFUND
<input type="checkbox"/> E-MAIL	<input type="checkbox"/> H-NET	<input type="checkbox"/> JA
<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> KEINE BILDDOKUMENTATION	

BEFUNDKOPIE AN: _____

DATUM: _____

 RADIOLOGIE T +41 44 387 26 31, F +41 44 387 26 35
 RADIOLOGIE.HIRSLANDEN@HIRSLANDEN.CH

 ABDOMINALE UND UROGENITALE RADIOLOGIE

- PD Dr. Christoph Karlo
 PD Dr. med. Michael A. Patak
 Dr. med. Beat Porcellini

 KARDIOVASKULÄRE UND THORAKALE RADIOLOGIE

- Dr. med. Katrin Bertschinger
 Dr. med. Katja Mende

 MAMMADIAGNOSTIK

- Dr. med. Markus Bürge
 Dr. med. Regina Haldemann Heusler

 MUSKULOSKELETTALE RADIOLOGIE

- Prof. Dr. med. Marco Zanetti
 PD Dr. med. Nadja Mamisch-Saupe

 NUKLEARMEDIZIN

- Dr. med. Regina Haldemann Heusler
 Dr. med. Esther Koch

 PET/CT

- PD Dr. med. Katrin Stumpe
 Dr. med. Katja Mende

 MIKROTHERAPIE, INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

- Prof. Dr. med. Oliver Dudeck
 PD Dr. med. Sebastian Kos

 **DIAGNOSTISCHE UND INTERVENTIONELLE
NEURORADIOLOGIE**

- Dr. med. Kiriaki Kollia
 Prof. Dr. med. Daniel Rüfenacht
 Prof. Dr. med. Isabel Wanke
 Prof. Dr. med. Stephan G. Wetzel

ZUWEISENDER ARZT ODER ZUWEISENDE ÄRZTIN

NAME: _____

VORNAME: _____

TELEFON/MOBILE: _____

E-MAIL ADRESSE: _____

Hinweis zum Versenden per E-Mail: Bitte speichern Sie das Formular
 zuerst lokal auf Ihrem Datenträger und versenden es dann per E-Mail an
 mikrotherapie.hirslanden@hirslanden.ch