Anmeldung



**Institut für Radiologie** AndreasKlinik Cham Zug Rigistrasse 1

# 6330 Cham

T +41 41 784 05 90

F +41 41 784 05 99

E [radiologieanmeldung.ak@hirslanden.ch](mailto:radiologieanmeldung.ak@hirslanden.ch)

## ambulant

Name Vorname

## stationär Station

Geburtsdatum

Telefon

Mobile

## Krankheit

Krankenkasse

AHV-Nummer (SV-Nummer)

## Unfall

Unfall-Nummer

## Notfall

**Bitte Patient/in aufbieten**

**Patient/in hat Termin am: Zeit**



**Fragestellung**

**Untersuchungstechnik**

**MRI**

**Röntgen**

**Mammographie**

**Punktion/Intervention**

Herzschrittmacher Klaustrophobie Cochleaimplantat Neurostimulator Insulinpumpe Schmerzpumpe Metallfremdkörper Antikoagulation Diabetes

Allergien Schilddrüsenerkrankung

Schwangerschaft Unterschrift Patient/in:

**CT**

**Durchleuchtung**

**Sonographie**

**Bestmögl. Untersuchungsmethode**

1206701035 1 02/21 KROMER PRINT AG

**Kreatinin vom:**



Befundkopie an Datum

Ste nterschrift

## E-Mail

