

# 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

ambulant  stationär **Station** \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse/Nummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon  Privat  Geschäft  Mobile \_\_\_\_\_

**Krankheit**  **Unfall**

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Unfall-Nummer \_\_\_\_\_

AHV-Nummer (SV-Nummer) \_\_\_\_\_

Notfall  Bitte Patient/in aufbieten  Patient/in hat Termin am: \_\_\_\_\_ **Zeit** \_\_\_\_\_

## Klinische Angaben/Anamnese/Befund/Diagnose

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Herzschrittmacher
- Klaustrophobie
- Cochleaimplantat
- Neurostimulator
- Insulinpumpe
- Schmerzpumpe
- Metallfremdkörper
- Antikoagulation
- Diabetes
- Allergien
- Schilddrüsenerkrankung
- Schwangerschaft

## Fragestellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Untersuchungstechnik

MRI  Röntgen  Mammographie  Punktion/Intervention

CT  Durchleuchtung  Sonographie  Bestmögl. Untersuchungsmethode

Kreatinin vom: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Untersuchung/Aufnahme

\_\_\_\_\_

Befundkopie an \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_

Befund erwünscht via  Telefon  Fax  E-Mail

**FORMULAR SENDEN** 