

## ANMELDUNG

## RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

**Standort**  
**Klinik Hirslanden**  
 Witellikerstrasse 40  
 8032 Zürich  
 E-Mail: radiologieanmeldung.hirslanden@hirslanden.ch  
 T +41 44 387 26 00

**Standort**  
**Ärztzentrum Seefeld**  
 Seefeldstrasse 214  
 8008 Zürich  
 T 0800 822 151

**Standort Klinik Im Park**  
 Seestrasse 220  
 8027 Zürich

**Standort Klinik Im Park**  
 Seestrasse 315  
 8038 Zürich

E-Mail: radiologieanmeldung.impark@hirslanden.ch  
 T +41 44 387 26 00

T 0800 822 151

## PATIENTEN-INFORMATIONEN

AMBULANT  STATIONÄR

NAME: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_

STRASSE: \_\_\_\_\_

PLZ/ORT: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

KRANKHEIT  UNFALL

BITTE DIREKT ZUR UNTERSUCHUNG AUFBIETEN

WUNSCHTERMIN: \_\_\_\_\_

BESTÄTIGTER TERMIN:

DATUM: \_\_\_\_\_ ZEIT: \_\_\_\_\_

## RADIOLOGIE

 **Abdominale und Urogenitale Radiologie**

- Prof. Dr. med. Olivio Donati  
 PD Dr. med. Christoph Karlo  
 Prof. Dr. med. Cäcilia Reiner

 **Kardiovaskuläre und Thorakale Radiologie**

- Prof. Dr. med. Paul Stolzmann  
 PD Dr. med. Katharina Martini  
 Dr. med. Katja Mende  
 Dr. med. Stefan Siebert  
 Dr. med. Claudio Bruker

 **Muskuloskeletale Radiologie**

- PD Dr. med. Michael Fischer  
 PD Dr. med. Nadja Mamisch  
 PD Dr. med. Sebastian Winklhofer

 **Diagnostische und interventionelle Neuroradiologie Klinik Hirslanden**

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

 **Nuklearmedizin**

- Prof. Dr. med. Paul Stolzmann  
 Dr. med. Philippe Appenzeller  
 Dr. med. Esther Koch

 **Mammadiagnostik**

- PD Dr. med. Nadja Mamisch  
 Dr. med. Esther Koch  
 Dr. med. Karen Schuster  
 Prof. Dr. med. Cäcilia Reiner

 **Mikrotherapie, interventionelle Radiologie**

- Prof. Dr. med. Oliver Dudeck  
 Dr. med. Lorant Szabo

 **Interventionelle Radiologie Klinik Im Park**

- Dr. med. Stefan Siebert

 **Neuroradiologie Klinik Im Park**

- Prof. Dr. med. Paul Stolzmann  
 PD Dr. med. Sebastian Winklhofer  
 Dr. med. Stefan Siebert  
 Dr. med. Claudio Bruker

## UNTERSUCHUNG

MRI  MR ARTHROGRAPHIE  CT  RÖNTGEN  
 ULTRASCHALL  MAMMOGRAPHIE  DURCHLEUCHTUNG  DEXA /  FETTMESSUNG  
 NUKLEARMEDIZIN  PET/CT  SPECT/CT  
 INTERVENTION  BIOPSIE  FNP  INFILTRATION  
 LUMBALPUNKTION  KONSILIUM/ZWEITMEINUNG

REGION/ORGAN:

KLINISCHE ANGABEN:

FRAGESTELLUNG:

## FALLRELEVANTE INFORMATIONEN

HERZSCHRITTMACHER  NEUROSTIMULATOR  
 METALLSPLITTER  KM-ALLERGIE  
 KLAUSTROPHOBIE  IMPLANTATE  
 NIERENINSUFFIZIENT  \_\_\_\_\_  
 SCHWANGERSCHAFT  JA  NEIN

## LABOR-WERTE

**Nierenfunktion** **Gerinnungswerte** **Schilddrüsenwerte**  
 EGFR QUICK/INR/TC TSH/IT  
 \_\_\_\_\_  
 DATUM: \_\_\_\_\_ DATUM: \_\_\_\_\_ DATUM: \_\_\_\_\_

## BEFUNDUNG

**Befund per** **Bilddokumentation** **Schnellbefund**

E-MAIL  WEBPORTAL  JA

WEBPORTAL  H-NET

BEFUNDKOPIE AN:

## ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT

NAME: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_

TELEFON/MOBILE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

STANDORT PRAXIS: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_