

ANMELDUNG RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

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
 Prof. Dr. med. Paul Stolzmann

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
 Prof. Dr. med. Paul Stolzmann

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: Bitte stellen Sie zum Versenden des Formulars per E-Mail sicher, dass sich nach dem Klick auf «Senden» ein E-Mail-Fenster öffnet. Falls dies nicht der Fall ist, **speichern Sie das Formular zuerst** und klicken Sie erneut auf «Senden».

Senden