

ANMELDUNG ZENTRUM FÜR MIKROTHERAPIE / INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE KLINIK HIRSLANDEN

# 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

 **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: \_\_\_\_\_