

# ZENTRUM FÜR MIKROTHERAPIE / INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE KLINIK HIRSLANDEN

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

**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