

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

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

PATIENTEN-INFORMATIONEN

AMBULANT STATIONÄR

NAME: _____

VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

STRASSE: _____

PLZ/ORT: _____

TELEFON: _____

E-MAIL: _____

KRANKHEIT VORSORGE UNFALL

BITTE DIREKT ZUR UNTERSUCHUNG AUFBIETEN

WUNSCHTERMIN: _____

BESTÄTIGTER TERMIN:

DATUM: _____ ZEIT: _____

RADIOLOGIE

Abdominale und Urogenitale Radiologie
 Prof. Dr. med. Daniel Hausmann
 Dr. med. Iwan Haunreiter
 Prof. Dr. med. Olivio Donati
 Prof. Dr. med. Michael Fischer
 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. Stefan Siebert
 Dr. med. Inga Todorski
 Dr. med. Claudio Bruker

Muskuloskeletale Radiologie
 Prof. Dr. med. Michael Fischer
 PD Dr. med. Nadja Mamisch
 Dr. med. Inga Todorski
 Dr. med. Iwan Haunreiter

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
 Prof. Dr. med. Daniel Hausmann
 Dr. med. Philippe Appenzeller
 Dr. med. Esther Koch

Mammadiagnostik
 PD Dr. med. Nadja Mamisch
 Dr. med. Esther Koch
 Prof. Dr. med. Cäcilia Reiner

Interventionelle Radiologie IRZ
 Dr. med. Robyn Melanie Benz
 Dr. med. Lorant Szabo
 PD Dr. med. Arash Najafi

Mikrotherapie, interventionelle Radiologie
 Prof. Dr. med. Oliver Dudeck

Interventionelle Radiologie Klinik Im Park
 Dr. med. Stefan Siebert

Neuroradiologie Klinik Im Park
 Prof. Dr. med. Paul Stolzmann
 Prof. 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 **Biiddokumentation** **Schnellbefund**
 E-MAIL WEBPORTAL JA
 WEBPORTAL H-NET
BEFUNDKOPIE AN:

ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT

NAME: _____
VORNAME: _____
TELEFON/MOBILE: _____
E-MAIL: _____
STANDORT PRAXIS: _____
DATUM: _____