

Für stationäre Patienten (bitte ankreuzen)

- ☐ Zu Fuss
☐ Im Rollstuhl
☐ Im Bett

Station: _____

Anmeldung

T +41 41 208 30 30
F +41 41 208 30 26
herzbildgebung.stanna@hirslanden.ch

Etikette des stationären Patienten

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:	PLZ/Ort:	
Telefon P/G/Mobile:	Kostenträger:	
☐ Krankheit ☐ Unfall	Unfalldatum:	AHV-Nr.:
☐ Patient bitte aufbieten	Vers.-/Unfall-Nr.:	Karten-Nr.:

Terminwunsch:

bis spätestens: _____

Bestätigter Termin:

Datum: _____ Zeit: _____

Falls Voraufnahmen vorhanden, bitte mitgeben/uns zukommen lassen.

Gewünschte Untersuchung:

- ☐ Herz MRT ☐ Myokard-SPECT (Ischämie) ☐ PET (Viabilität)
☐ Herz CT ☐ TAVI-CT
☐ Untersuchungsmodalität nach Fachwissen des Spezialisten

Klinische Angaben/spezielle Fragestellung:

Reserviert intern

Kreatinin:	Grösse:	Euthyreot:	☐ ja ☐ nein
Clearance (errechnet):	Körpergewicht:	Schwangerschaft:	☐ ja ☐ nein
Nur für PET/CT: Diabetes ☐ ja ☐ nein → wenn ja: ☐ Orale Antidiabetika ☐ Insulin		Asthma:	☐ ja ☐ nein

Wichtig bei MRT-Untersuchung (bitte vollständig ausfüllen)

- | | | |
|--|--|--|
| Pacemaker ☐ ja ☐ nein | Neurostimulator ☐ ja ☐ nein | Allergie ☐ ja ☐ nein |
| Hörgerät ☐ ja ☐ nein | Fremdkörper (Metall) ☐ ja ☐ nein | Klaustrophobie ☐ ja ☐ nein |
| Insulinpumpe ☐ ja ☐ nein | Metallclips ☐ ja ☐ nein | Zahnprothese ☐ ja ☐ nein |
| | | Nierenerkrankung ☐ ja ☐ nein |

→ Implantate mit Magnetverankerungen unbedingt vorher vom Zahnarzt herausnehmen lassen.
→ Make-up beeinflusst die MRT-Untersuchung und sollte wenn möglich nicht getragen werden.

Befund: ☐ via HIN ☐ via Fax

Befundkopie: _____

Vorbilder an: _____

Datum:

Verordnender Arzt (Stempel):