

## Anmeldung Radiologie

Radiologie | RX: T +41 55 418 52 43/CT: T +41 55 418 52 56 | radiologie@einsiedeln.ameos.ch

### Zuweiser

Name/Vorname \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Praxis/Klinik \_\_\_\_\_ Ort/Datum \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Patient/Patientin

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Zeitpunkt**      notfallmässig      baldmöglichst      gelegentlich

### Termin

Patient/in hat Termin am: \_\_\_\_\_ Bitte aufbieten

### Mitteilung

Befundkopie an: \_\_\_\_\_

### Computertomographie

Schädel \_\_\_\_\_  
Thorax \_\_\_\_\_  
Abdomen \_\_\_\_\_  
Wirbelsäule \_\_\_\_\_  
Sonstiges \_\_\_\_\_

### Konventionelle Radiologie/Durchleuchtung

Thorax pa/lat \_\_\_\_\_  
Abdomen \_\_\_\_\_  
Skelett \_\_\_\_\_  
Wirbelsäule \_\_\_\_\_  
Sonstiges \_\_\_\_\_  
Durchleuchtung \_\_\_\_\_

### Zusätzliche Angaben

Quick \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Thrombozyten \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
TSH \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Kreatinin \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Allergien \_\_\_\_\_  
Schwangerschaft    ja      nein

### Klinische Angaben

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Indikation/Fragestellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_