Anmeldung

ADUS
RADIOLOGIE
SPITAL AFFOLTERN

E-Mail affoltern.adus-radiologie@hin.ch
Tel. 044 593 64 64
Fax 044 593 64 63

○ Notfall
○ gewünschter Untersuchungstermin _____
○ bitte Patient aufbieten

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon Privat _____ Telefon Geschäftlich _____ Mobile _____

Versicherung _____ ○ Krankheit ○ Unfall

Gewünschte Untersuchung

○ Röntgen _____ ○ Magnetresonanztomographie _____
○ Computertomographie _____ ○ _____

Fragestellung _____

Klinische Angaben _____

Risikofaktoren/Kontraindikatoren	Ja	Nein
Allergie	○	○
KM-Unverträglichkeit	○	○
SD-Überfunktion	○	○
Schwangerschaft	○	○
Nierenpathologie	○	○

Kreatininwert: _____

Bei MR-Untersuchungen	Ja	Nein
Pacemaker/Neurostimulator	○	○
Insulinpumpe/Cochleatransplantat	○	○
Fremdkörper	○	○
Platzangst (wenn ja, bitte Begleitperson mitbringen)	○	○

Bei Punktion/Biopsie

INR/Quick: _____

Dokumentation erwünscht

○ CD
○ Elektronisch

Zuweisender Arzt

_____
Stempel und Unterschrift

_____
Datum

Befundkopie an

_____

Vorbereitung

CT/MR:
Bei Untersuchungen mit Kontrastmittel, bitte mindestens 4 Stunden vor dem Untersuch nichts mehr essen und trinken. Zusätzlich benötigen wir einen aktuellen Kreatinin-Wert.

Nach CT gesteuerter Nervenwurzelinfiltration oder bei Platzangst darf kein Fahrzeug bedient werden.
Bitte den Heimtransport organisieren oder eine Begleitperson mitbringen.

Bei Fragen und Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer 044 593 64 64 zur Verfügung.

Bitte Voruntersuchungen mitbringen (Bilder/CD)