Anmeldung Radiologie

Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Radiologie
Chefarzt Dr. med. Stephan A. Meier
Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg

radiologie@spitalzollikerberg.ch

Tel. +41 (0)44 397 23 11
Fax. +41 (0)44 397 26 84

- ☐ konv. Röntgen
- ☐ Mammographie
- ☐ Angiographie
- ☐ Biopsie
- ☐ Knochendichte DEXA (☐ mit Therapieempfehlung ☐ mit endokrinologischem Konsil)
- ☐ Ultraschalldiagnostik
- ☐ Computertomographie
- ☐ Magnetresonanztomographie
- ☐ Schmerztherapie

Gewünschte Untersuchung(en)/Körperregion

Dringlichkeit ☐ Notfall ☐ dringend ☐ nicht dringend

Termin ☐ Patient bitte aufbieten ☐ bereits angemeldet Datum: Zeit:

Personalien/Etikett *(wie amtlich gemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)*

Name/Vorname:
Geb. Datum:
Strasse/Nummer:
PLZ/Ort:
Telefon Privat: Geschäft:
Mobile:

☐ weiblich
☐ männlich

Versicherungsstatus:
☐ Allgemein
☐ Halbprivat
☐ Privat
☐ Selbstzahler

Anamnese/Klinische Angaben

Allergien: ☐ Ja ☐ Nein
welche?
Serum-Kreatinin: µmol/L
Thrombozyten: x10^9/L
Quick: %
Hyperthyreose? ☐ Ja ☐ Nein
Diabetes mellitus? ☐ Ja ☐ Nein

Fragestellung

Für Untersuchungen erforderlich:

CT mit KM:	nüchtern, Krea
MRI mit KM:	nüchtern, Krea (Alter > 49 od. bek. Nierenerkrankung)
MRCP:	nüchtern, kein Kaffee/Tee
Sono Abdomen:	nüchtern, volle Blase
Interventionen:	nüchtern, Gerinnungswerte
Angio/PTA:	wie Intervention + Krea

Befund: ☐ direkt per HIN-Mail an: ☐ Post ☐ Fax:
Kopie an:

Bildversand:
☐ mit Patient
☐ per Post

Ich wünsche folgende Bilddokumentation:
☐ Keine ☐ Papier ☐ CD ☐ Film

Ärztin/Arzt (Stempel und Unterschrift):

Datum:

Formular senden

Eingaben löschen **Formular speichern** **Formular drucken**