

Tel. +41 81 926 51 04

E-Mail radiologie@spitalilanz.ch

Pat hat Termin am (Datum/Zeit) _____

Patient aufbieten

Dringend

Notfall

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Geb. Datum _____

Tel. / Mobile _____

Krankenkasse _____

Krank

Unfall

Anmeldung für

CT

Röntgen

Osteodensitometrie (Dexa)

Gewünschte Untersuchung

Klinische Angaben (Anamnese, etc.)

Fragestellung

Schwangerschaft

ja

nein

unsicher

Zusätzliche Angaben (nach Abfrage)

Grösse _____ Gewicht _____ Kreatinin _____ Vom (Datum) _____

CT-Infiltration _____ Quick _____ Vom (Datum) _____

Allergien Ja, welche _____ Nein

Diabetes mit Metformin Ja Nein

Auf Verlangen

Schnellbefund per Telefon: Tel. Nr. _____

Befundkopie an

Datum _____ Arzt _____