

Anmeldung

Langenthal Zofingen

Bitte aufbieten

Telefonisch vereinbarter Termin _____

Personalien

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____ E-Mail _____

Tel. Privat _____ Geschäft _____ Mobil _____

Krankheit Unfall, Datum _____

Kostenträger _____ Unfall-/Police-Nr. _____

Gewünschte Untersuchung

- MRI
- CT
- Röntgen
- Ultraschall
- DXA
- Mammografie diagnostisch
 - falls nötig mit US
 - falls nötig mit Stanzbiopsie
- Mammografie präventiv
 - falls nötig mit US

Untersuchungsregion

Klinische Angaben und Fragestellung

Risikofaktoren

| | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein | | ja | nein |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bei CT · Kontrastmittelallergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei MRI · Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | · Hyperthyreose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| · Platzangst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | · Kreatininwert _____ | | |
| · Patient ist über 100 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vom _____ | | |

Resultat per Fax Telefon E-mail

Befundkopie an _____

Datum _____

Ärztin / Arzt
(Stempel, Unterschrift)