

# Anmeldung Radiologie

- Patient bitte aufbieten     Patient hat Termin: \_\_\_\_\_     Notfallmässig heute  
 MRI     CT     Angio     Ultraschall     Röntgen     Mammographie     Stereotaxie     Durchleuchtung  
 diagnostisch     präventiv

## Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

- KK     Unfall

Versicherung: \_\_\_\_\_

**Zuweisende(r) Ärztin /Arzt**  
(Stempel und Unterschrift):

Praxisname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unfall-/Police-Nr.: \_\_\_\_\_

*Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt aufzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.*

## Gewünschte Untersuchung:

## Anamnese und klinische Angaben:

## Fragestellung:

## Erforderliche Angaben

Kreatinin: \_\_\_\_\_ (µmol/l), Datum: \_\_\_\_\_

- Allergien / Besonderes  
 Schwangerschaft bekannt

**MRI:**  Implantat: \_\_\_\_\_

**CT:**  Diabetes mellitus     Hyperthyreose

## Radiologische Interventionen:

- Diabetes mellitus     Hyperthyreose  
 Thrombozytenaggregationshemmer: \_\_\_\_\_  
 Orale Antikoagulation: \_\_\_\_\_  
 INR: \_\_\_\_\_ / Quick: \_\_\_\_\_ / Thrombo: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Befundübermittlung

- Hin-email / Fax: \_\_\_\_\_  
 Telefonisch an \_\_\_\_\_  
 Befundkopie an \_\_\_\_\_

## Gewünschte Bilddokumentation

- Patientenportal: <https://radiologie.spital-limmattal.ch>  
 nur Befund     H-NET Medical Share     Sonstiges \_\_\_\_\_

**Bitte an [radiologie@spital-limmattal.ch](mailto:radiologie@spital-limmattal.ch) senden.**

## Bitte Voruntersuchungen mitbringen!

**Melden Sie sich im Verhinderungsfall bitte bis 24 Stunden vor dem Termin ab, sonst wird Ihnen die Konsultation in Rechnung gestellt.**