

# Patientenanmeldung

MRI

CT

Röntgen

Ultraschall

Mammographie

DEXA

Infiltration

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Gewünschte Untersuchung

Klinische Angaben / Fragestellung

Herzschrittmacher / Implantate

Klaustrophobie

Schwangerschaft

Hyperthyreose

Antikoagulation  
(falls Infiltration oder Biopsie)

Quick \_\_\_\_\_ % Tc \_\_\_\_\_ tsd/ $\mu$ l

orale Antidiabetika (Metformin)

Nierenfunktion (<14 Tage)  
für CT-Untersuchungen

Kreatinin: \_\_\_\_\_  $\mu$ mol/l

GFR: \_\_\_\_\_ ml/min

Kontrastmittel-Allergie (Jod)

Aufbieten bis / am:  nächster freier Termin / sobald möglich

Termin bereits vereinbart am: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

Praxis-Standort Wunsch:  flexibel  Wallisellen  Stettbach

Kostenträger:  Krankenkasse  Selbstzahler  Unfall

➔ **Im Verhinderungsfall  
bitte 24 Stunden vorher  
benachrichtigen**

Arzt / Ärztin

(Stempel und  
Unterschrift)

Dokument senden an: rnrblatt@hin.ch

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