

## Anmeldung

### Personalien:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  M  W  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_  
 Krankheit / Versicherung: \_\_\_\_\_ Police-Nr.: \_\_\_\_\_ AHV Nr.: \_\_\_\_\_  
 Unfall / Versicherung: \_\_\_\_\_ Unfall-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Termin:  Bitte aufbieten  Bereits vereinbart: \_\_\_\_\_  **Notfall** / bis spätestens: \_\_\_\_\_

### Untersuchungsmethode

- MRI**  
 **CT**  
 **Röntgen**  
 **Ultraschall**  
 **Mammographie**  
 mit Ultraschall  
 mit evt. FNP/Stanzbiopsie  
 **Anderes:** \_\_\_\_\_

### Risikoanamnese

- Platzangst:  Ja  Nein  
Herzschrittmacher:  Ja  Nein  
Künstl. Herzklappe:  Ja  Nein  
Diabetes:  Ja  Nein  
SD-Überfunktion:  Ja  Nein  
Blutverdünner:  Ja  Nein  
Allergien:  Ja  Nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
Elektr. Implantate:  Ja  Nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
Kreatinin: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Grösse: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
**Frauen:**  
Schwangerschaft:  Ja  Nein

### Region

\_\_\_\_\_  links  rechts

### Klinische Angaben/Fragestellung:

### Voruntersuchung (bitte dem Patienten mitgeben):

Ja, Institut: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  Nein

### CD und Befundzustellung erfolgt per Post.

Zusätzlich gewünscht:  E-Mail  Fax  Telefonisch, Nr.: \_\_\_\_\_

Kopie an: \_\_\_\_\_

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

Zuweiser Arzt (Stempel und Unterschrift)