

Formular ausfüllen, lokal speichern und senden an
radiologie@zgks.ch

Radiologie
Chefarzt: Dr. med. Christian Blumer
T 041 399 29 00, F 041 399 29 01
radiologie@zgks.ch

Anmeldung Radiologie – ambulante Patienten

Name/Vorname _____ Geb.-Datum _____
 Strasse _____ Tel. Privat _____
 PLZ/Ort _____ Tel. Geschäft _____
 Kostenträger _____ Mobile _____
 Arbeitgeber _____ Krankheit Unfall

Im Verhinderungsfall bitte 24 Std. vorher abmelden. Versäumte Termine werden gem. Tarifordnung privat in Rechnung gestellt.

<input type="checkbox"/> Befund per HIN-Mail: _____ <input type="checkbox"/> Befund per HIN-Mail, Bilder-Login Patient/in mitgeben <input type="checkbox"/> Befund per HIN-Mail, Bilder per Post <input type="checkbox"/> Befund per HIN-Mail, Bilder via H-Net an: _____ <input type="checkbox"/> Telefonischer Bericht, Tel. _____ <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____	<input type="checkbox"/> Patient/in hat Termin am: _____ <input type="checkbox"/> Bitte aufbieten Zuweisende/r Ärztin/ Arzt (Stempel) Datum Anmeldung _____
---	---

Klinische Angaben

Bei weiblichen Patienten: Ist die Patientin schwanger? Ja Nein

Für i.v. / i.a. Kontrastmittel-Untersuchungen

Allergien? _____ Kreatinin _____ vom _____

Andere Risikofaktoren (Schilddrüse, Diabetes, NSAR, OAK etc.)? _____

Für Interventionen: Quick _____

Für MRI/CT: Klaustrophobie (Platzangst) Ja Nein
 Medizinisches Gerät im oder am Körper? Ja Nein

Kontraindikationen _____

Fragestellung

Gewünschte Untersuchung

Bestmögliche Untersuchung nach Ermessen der Radiologen