Dr. med. Heinz Schönhofen Facharzt Radiologie FMH
Pract. med. Thomas Joder Facharzt Radiologie FMH

Radiologisches Zentrum
Baden

# Anmeldung

## Personalien

Name _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht: ☐ M ☐ W

Vorname _____ Tel. Privat _____

Adresse _____ Tel. Natel _____

PLZ/Ort _____ Tel. Gesch. _____

☐ Krankheit / Krankenkasse _____ Policen-Nr. _____

☐ Unfall / Versicherung _____ Unfall-Nr. _____

AHV-Nr. _____ Unfalldatum _____

**Termin** ☐ Bitte aufbieten ☐ Bereits vereinbart _____ ☐ **Notfall** / bis spätestens _____

## Untersuchungsmethode

☐ MRI ☐ CT (Krea erforderlich)
☐ Röntgen ☐ Ultraschall
☐ DEXA ☐ Infiltration / Punktion
☐ Mammographie
- ☐ mit Ultraschall
- ☐ mit evtl. FNP / Stanzbiopsie

## Risikoanamnese

Platzangst ☐ Ja ☐ Nein
**Herzschrittmacher** ☐ Ja ☐ Nein
künstliche Herzklappe ☐ Ja ☐ Nein
Diabetes mellitus ☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsen-Überfunktion ☐ Ja ☐ Nein
Blutverdünner ☐ Ja ☐ Nein

**Allergien** ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, welche:
_____

**Elektr. Implantate** ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, welche:
_____

**Frauen:**
Schwangerschaft ☐ Ja ☐ Nein

## Region

_____ ☐ links ☐ rechts

**Klinische Angaben / Fragestellung**

**Grösse** _____ **Gewicht** _____

**Kreatinin** _____ **Datum** _____ (wichtig für CT-Kontrastmittelgabe)

**Voruntersuchung (bitte Patienten mitgeben)**

☐ Ja, Institut _____ Datum _____ ☐ Nein

**Für neue Zuweiser: CD wird Patienten mitgegeben. Befundzustellung erfolgt per E-Mail.**

E-Mail _____ Tel-Nr. für Notfallbefunde: _____

Befundkopie an _____

**Datum** **Zuweisender Arzt** (Stempel und Unterschrift)

Bahnhofstrasse 31 | 5400 Baden | Tel. 056 200 88 88 | www.radiologiezentrumbaden.ch
E-Mail Adresse: rz-baden@hin.ch

Bitte verwenden Sie wenn möglich für das Versenden von Patientendaten die geschützte HIN-Adresse