



Zuweisung Radiologie/Nuklearmedizin Waid

Anmeldung für

Radiologie

MRI

CT

Angio

Ultraschall

Röntgen

Nuklearmedizin

Ultraschall der Schilddrüse

Knochendichtemessung/
DEXA

Schilddrüsensprechstunde

Patientenangaben

Frau Herr

Name

Vorname

Telefon

E-Mail

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Kostenträger (Krankenkasse/Unfallversicherung)

Versicherungsnummer

Gewünschte Untersuchung

Anamnese

Fragestellung

Bemerkungen

Allergien/Implantate

Patientin/Patient muss aufgeboten werden Patientin/Patient hat Termin am

Bitte senden Sie eine Befundkopie an

Bitte Voruntersuchungen mitbringen!

Bitte Rückseite beachten



Labor

Kreatinin/Clearance
.....
(für Untersuchungen mit KM i.v.)

GFR
.....
(falls vorhanden)

Quick/INR
.....
(für Interventionen)

Thrombozyten
.....
(für Interventionen)

TSH basal
.....
(für Schilddrüsenprechstunde
und Nuklearmedizin)

Kontaktangaben Zuweiserin/ Zuweiser

Name
.....

Vorname
.....

Praxisname
.....

E-Mail*
.....

Telefon
.....

Fax*
.....

Strasse*
.....

PLZ/Ort*
.....

Datum
.....

Unterschrift
.....

*Nur bei Erstzuweisung notwendig