



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