

**Radiologie Thun Radiologie Zweisimmen**

Tel. 058/ 636 27 91 Tel. 033/ 729 21 32

Fax 058/ 636 28 96 Fax 033/ 729 21 35

E-Mail: radiologie.sekretariatThun@spitalstsag.ch E-Mail: radiologie.zweisimmen@spitalstsag.ch

**Ultraschallzentrum Thun**

Tel. 058/ 636 27 62

Fax 058/ 636 23 36

E-Mail: ultraschallzentrum@spitalstsag.ch

**Anmeldeformular für Radiologieuntersuchungen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | |
| Geburtsdatum: | Telefon: | |
| Strasse: | PLZ/Ort: | |
| **Gewünschte Untersuchung:**  Computer- Durchleuchtung/ Sono- Kontrastmittel-  MRI  Mammografie  Röntgen  tomografie Angiografie grafie Sonografie  *Region:* | | |
| **Klinische Angaben/Fragestellung:** | | |
| **Bei jeder KM- oder MR-Untersuchung bitte angeben:**  Allergien (z.B. Jod, Latex) nein ja, welche?  Orale Antidiabetika nein ja 🡪 Metformin-haltig? ja nein  Antikoagulation nein ja  Schilddrüsenaffektion nein ja, welche?  ­­­­­­­Klaustrophobie nein ja  **Unbedingt beachten** – Kontraindikationen für MR:  Intrakranielle Gefässclips, **Herzschrittmacher**, Neurostimulatoren, Insulinpumpe, **Metallsplitter**  **Aktueller Kreatininwert**: µmol/l vom **GFR:** | | |
| **Bei Punktion, Biopsie, Drainage, Angiografie:** Quick/INR: Thrombozyten: | | |
| Telefonischer Bericht Ja Nein Tel-Nr...............................................  Bei Fraktur/Luxation Chirurgie Retour HIN E-Mail.......................................  Berichtskopie an …………………………………………………………………………………... | | |
| *Bitte alle vorhandenen Untersuchungen dem Patienten mitgeben (US, CT, MR, Rx).* | | |
| **Beilagen:** | | **Vereinbarter Termin:** |

Zuweisender Arzt:  
(Bitte Stempel und Unterschrift)