

Telefon 062 765 35 30  
 Fax 062 765 35 25  
 E-Mail radiologie@spitalmenziken.ch

**Asana Spital Menziken AG**  
 Institut für Radiologie  
 Ärztliche Leitung:  
 Dr. med. Hans Martin Gissler  
 Spitalstrasse 1  
 5737 Menziken

## Anmeldung zur Radiologischen Untersuchung

### Personalien

Name:	_____	Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_____
Strasse, Nr.:	_____	weiblich	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>
PLZ, Wohnort:	_____	Telefon-Nr.:	_____		
Dringlichkeit:	Notfall (heute) <input type="checkbox"/>	Wunschdatum:	_____	E-Mail:	_____
	so rasch wie möglich <input type="checkbox"/>				
	nicht dringend <input type="checkbox"/>				

### Untersuchung

Gewünschte Untersuchung:	Röntgen <input type="checkbox"/>	CT <input type="checkbox"/>	Gewünschte Körperregion:	_____		
Klinische Angaben:	_____					
Fragestellung / Verdachtsdiagnose:	_____					
Voruntersuchungen:	keine <input type="checkbox"/>	beiliegend <input type="checkbox"/>	bringt Patient mit <input type="checkbox"/>	vorhanden bei Praxis <input type="checkbox"/>		
Befundkopie an:	_____			Bildübermittlung:	CD <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/>
Schwangerschaft:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Krankheit / Unfall:	UVG <input type="checkbox"/>	KVG <input type="checkbox"/>	
Zuweisender Arzt:	_____					
Datum Unterschrift:	_____					

*(Hin-Absender ohne Unterschrift)*

### Für KM-Untersuchungen

KM-Allergie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
SD-Überfunktion?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Biguanid-Medikation?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kreatinin-Wert:	_____	Vom: _____	GFR-Wert:	_____	Vom: _____

E-Mail Übermittlung      Formular Drucken      Formular zurücksetzen