



Anmeldung Radiologie / Nuklearmedizin

Tel. Radiologie: 044 366 22 33
Fax Radiologie: 044 366 26 76
Tel. Nuklearmedizin: 044 366 22 66
Fax Nuklearmedizin : 044 366 22 71
www.waidspital.ch

MRI CT Angio Ultraschall Röntgen NUK Schilddrüsenprechstunde

Name: Vorname:

Geb. Datum:

Strasse: PLZ/Ort:

Tel. Privat: Tel. Geschäft/Natel:

Kostenträger: Vers./Unfall-Nummer:

Gewünschte Untersuchung:

.....

.....

Anamnese und klinische Angaben:

.....

.....

.....

.....

.....

Fragestellung:

.....

.....

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

Quick/INR:
(für Interventionen)

Thrombozyten:
(für Interventionen)

Allergien/Implantate:

Datum: Ärztin/Arzt:

(Stempel u. Unterschrift)

Patient bitte aufbieten :

Patient hat Termin am:

Befundkopie an: