



# 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      Schilddrüsensprechstunde  
                                   

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: .....      Quick/INR: .....      Thrombozyten: .....      TSH basal .....  
(für Untersuchungen mit KM i.v.)      (für Interventionen)      (für Interventionen)      (für Schilddrüsensprechstunde  
und Nuklearmedizin)

Allergien/Implantate: .....

Datum: ..... Ärztin/Arzt: .....  
(Stempel u. Unterschrift)

Patient bitte aufbieten : .....

Patient hat Termin am: .....

Befundkopie an: .....