

**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- MRIMammografieRöntgen 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 neinAntikoagulation 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)