

# ANMELDUNG ZUR UNTERSUCHUNG



**IRIS**  
RADIOLOGIE

**Name:** .....

**Vorname:** .....

**Geburtsname:** .....

**Telefon:** .....

**MRI:**

**Knochendichtemessung**

**CT:**

**Mammographie** +  **Ultraschall**

**Ultraschall:**

**Konventionelles Röntgen:**

**Arthro-MRI**  **Arthro-CT**  **Punktion/Infiltration:**

## KLINISCHE ANGABEN UND FRAGESTELLUNG

**Kreatinin:** (<7 Tage) ..... µmol/l.      oder      **Clearance:** (Cockroft) (<7 Tage) ..... ml/min

**Allergien:** (wenn ja, welche Medikamente) .....

**Schwangerschaft:** (wenn ja, letzte Regelblutung) .....

**Antikoagulation:** (wenn ja, welche Medikamente) .....

**Diabetes:** (wenn ja, welche Medikamente) .....

**Herzschrittmacher (Pacemaker), elektronische Geräte, Implantate, metallische Fremdkörper** .....

## ZUWEISENDER ARZT

(Unterschrift zwingend erforderlich)

**Name:** .....

**Vorname:** .....

**Datum:** .....

## STEMPEL UND UNTERSCHRIFT

MIT IHRER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGEN SIE, DASS SIE DIE PATIENTIN / DEN PATIENTEN ÜBER EVENTUELLE KONTRAINDIKATIONEN UND RISIKEN DER UNTERSUCHUNG INFORMIERT HABEN, INSBESONDERE ÜBER IONISIERENDE STRAHLEN, ALLERGIEEN UND KOMPLIKATIONEN INTERVENTIONELLER VERFAHREN. FERNER BESTÄTIGEN SIE, DASS DER PATIENTIN / DEM PATIENTEN DIE UNTERSCHIEDLICHEN (INVASIVEN) UNTERSUCHUNGSMODALITÄTEN, DIE SIE AUF UNSERER INTERNETSEITE [www.iris-radiologie.ch](http://www.iris-radiologie.ch) FINDEN ODER VIA QR-CODE AUFRUFEN KÖNNEN, ERLÄUTERT WURDEN.

**Kopie(n):** .....

**Bilder:**  **CD**  **Filme**



**Datum und Uhrzeit der Untersuchung:** am ..... um ..... Uhr      **IRIS:** Neuchâtel  Drei-Seen  Providence