

Anmeldung Radiologie

Dr. med. Cyrill Berchtold
Dr. med. Thomas Egelhof
Dr. med. Ute Goller
Dr. med. Georg Katz
Dr. med. Thorsten Wischer

Föhrenstrasse 2, CH-4009 Basel
T +41 61 305 13 00, F +41 61 305 13 09
info.radiologie@merianiselin.ch
radiologie.merianiselin.ch



MERIAN ISELIN

Radiologie

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Ihr Termin:

Vereinbarte Termine sind verbindlich und müssen im Falle einer Verhinderung 24 h vorher abgesagt werden.

bitte aufbieten!

Telefon Privat:

Telefon Geschäft:

Mobile:

Krankenkasse Unfall

Bitte bringen Sie Ihre Krankenkassenkarte bzw. Unfallschein mit. Vielen Dank.

Gewünschte Untersuchung:

MRI Röntgendiagnostik Ultraschall Punktion
 CT Mammographie Angiographie/PTA Andere

Region:

Klinische Angaben:

Fragestellung:

CT/Interventionen/Punktionen

Einnahme von Metformin ja nein
Niereninsuffizienz ja nein
Kreatinin aktuell (nicht älter als 7 Tage) _____
Quick/INR _____

MRI

Herzschrittmacher ja nein
Platzangst ja nein

Bilddokumentation

Ausdruck CD/DVD keine Bilddokumentation
 Befundkopie an:

Arzt / Ärztin Stempel/Druckbuchstaben:

Telefon:

Datum:

Unterschrift: