KSA Spital Zofingen

Anmeldung zur radiologischen Untersuchung

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon: Krankheit/Unfall:

Dringlichkeit
☐ Notfall (heute) ☐ sobald wie möglich
☐ Nicht dringend ☐ Datum: _____

Frühere Untersuchungen
☐ Ja ☐ Nein Wann/wo? _____

Aufgebot
☐ Patient/in soll schriftlich/telefonisch aufgeboten werden
☐ Patient ruft selbst zur Terminvereinbarung an

1. **Gewünschte Untersuchung**
   ☐ Röntgen ☐ Ultraschall ☐ CT ☐ Durchleuchtung ☐ MRI
   Gewünschte Körperregion: ☐ rechts ☐ links

2. **Klinische Angaben (Anamnese, Operation, Labor, ggf. Therapie)**

3. **Fragestellung**

4. **Notwendige Angaben / Besonderes**
   Allergie ☐ Ja ☐ Nein **Klaustrophobie** ☐ Ja ☐ Nein **Schwanger** ☐ Ja ☐ Nein
   Kreatinin: _____ Thrombozyten: _____ Quick: _____

5. **Berichterstattung per**
   ☐ Mail ☐ A-Post ☐ Telefon
   Befundkopie an: _____
   ☐ Zustellung der Bilder erwünscht

6. **Zuweisender Arzt / Datum**
   (Stempel und Unterschrift)

Kontakt
Sollten Sie noch Fragen haben oder weitere Informationen benötigen, so sind wir wie folgt erreichbar:

- Tel. +41 62 746 58 03
- Fax +41 62 746 58 88
- radiologie@spitalzofingen.ch