

# Anmeldung zur Radiologischen Diagnostik

Institut Radiologie, Oberdorfstrasse 41, 8853 Lachen  
Tel. 055 451 35 00, [www.spital-lachen.ch](http://www.spital-lachen.ch)  
Mail: [radiologie@spital-lachen.ch](mailto:radiologie@spital-lachen.ch)



## Personalien

Name, Vorname

Geburtsdatum männlich weiblich

Strasse

PLZ, Wohnort

Tel./Mobile

Versicherung

Dringlichkeit Notfall sobald wie möglich Nicht dringend

## Gewünschte Untersuchung

Konventionelle Radiologie Mammographie Bei Bedarf Mammasonographie

Computertomographie Infiltration

Magnet-Resonanz-Tomographie Intervention/Biopsie

Knochendichtemessung (DEXA)

## Gewünschte Körperregion, Sonstige Untersuchungen

## Klinische Angaben (Anamnese, Operation, Labor, ggf. Therapie)

## Termin

Schwangerschaft Ja Nein Unklar

## Notwendige Angaben für KM-Untersuchungen

Allergien

Niereninsuffizienz Ja Nein

Kreatinin-Wert

Diabetes-Medikation

SD-Überfunktion Ja Nein

## Notwendige Angaben für MR-Untersuchungen

Herzschrittmacher Ja Nein

Metallimplantate Ja Nein

Metallclips/Splitter Ja Nein

OP in den letzten 3 Wochen Ja Nein

Welche

Gehörimplantat Ja Nein

Platzangst Ja Nein

Grösse Gewicht

## Notwendige Angaben für Infiltrationen/Interventionen

Quick OAK Ja Nein

INR Thrombozyten

Datum der Laborwerte

## Voruntersuchungen bitte mitgeben

Keine Beiliegend

mit separater Post bringt Patient mit

Vorhanden bei Dr./Institut

## Befundkopie an

## Fragestellung/Verdachtsdiagnose

## Zuweisender Arzt

Name

Adresse

Telefon

HIN-Mail

Telefonische Befundmitteilung

Datum/Unterschrift/Stempel