

## ANMELDUNG

## RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

<input type="checkbox"/> <b>Standort</b> <b>Klinik Hirslanden</b> Witellikerstrasse 40 8032 Zürich E-Mail: radiologieanmeldung.hirslanden@hirslanden.ch T +41 44 387 26 00	<input type="checkbox"/> <b>Standort</b> <b>Ärztzentrum Seefeld</b> Seefeldstrasse 214 8008 Zürich E-Mail: radiologieanmeldung.hirslanden@hirslanden.ch T 0800 822 151
---	---

<input type="checkbox"/> <b>Standort Klinik Im Park</b> Seestrasse 220 8027 Zürich E-Mail: radiologieanmeldung.impark@hirslanden.ch T +41 44 387 26 00	<input type="checkbox"/> <b>Standort Klinik Im Park</b> Seestrasse 315 8038 Zürich E-Mail: radiologieanmeldung.impark@hirslanden.ch T 0800 822 151
--	--

## PATIENTEN-INFORMATIONEN

<input type="checkbox"/> AMBULANT	<input type="checkbox"/> STATIONÄR
NAME: _____	
VORNAME: _____	
GEBURTSDATUM: _____	
STRASSE: _____	
PLZ/ORT: _____	
TELEFON: _____	
E-MAIL: _____	
<input type="checkbox"/> KRANKHEIT	<input type="checkbox"/> UNFALL
<input type="checkbox"/> BITTE DIREKT ZUR UNTERSUCHUNG AUFBIETEN	
<input type="checkbox"/> WUNSCHTERMIN: _____	
<input type="checkbox"/> BESTÄTIGTER TERMIN:	
DATUM: _____ ZEIT: _____	

## RADIOLOGIE

<input type="checkbox"/> <b>Abdominale und Urogenitale Radiologie</b> <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Olivio Donati <input type="checkbox"/> PD Dr. med. Christoph Karlo <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Cäcilia Reiner	<input type="checkbox"/> <b>Nuklearmedizin</b> <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Paul Stolzmann <input type="checkbox"/> Dr. med. Philippe Appenzeller <input type="checkbox"/> Dr. med. Esther Koch
<input type="checkbox"/> <b>Kardiovaskuläre und Thorakale Radiologie</b> <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Paul Stolzmann <input type="checkbox"/> PD Dr. med. Katharina Martini <input type="checkbox"/> Dr. med. Katja Mende <input type="checkbox"/> Dr. med. Stefan Siebert <input type="checkbox"/> Dr. med. Claudio Bruker	<input type="checkbox"/> <b>Mammadiagnostik</b> <input type="checkbox"/> PD Dr. med. Nadja Mamisch <input type="checkbox"/> Dr. med. Esther Koch <input type="checkbox"/> Dr. med. Karen Schuster <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Cäcilia Reiner
<input type="checkbox"/> <b>Muskuloskeletale Radiologie</b> <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Michael Fischer <input type="checkbox"/> PD Dr. med. Nadja Mamisch <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Sebastian Winklhofer	<input type="checkbox"/> <b>Mikrotherapie, interventionelle Radiologie</b> <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Oliver Dudeck <input type="checkbox"/> Dr. med. Lorant Szabo
<input type="checkbox"/> <b>Diagnostische und interventionelle Neuroradiologie Klinik Hirslanden</b> <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Daniel Rüfenacht <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Isabel Wanke <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Stephan Wetzel <input type="checkbox"/> Dr. med. Kiriaki Kollia <input type="checkbox"/> Dr. med. Johannes Weber	<input type="checkbox"/> <b>Interventionelle Radiologie Klinik Im Park</b> <input type="checkbox"/> Dr. med. Stefan Siebert
	<input type="checkbox"/> <b>Neuroradiologie Klinik Im Park</b> <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Paul Stolzmann <input type="checkbox"/> Prof. Dr. med. Sebastian Winklhofer <input type="checkbox"/> Dr. med. Stefan Siebert <input type="checkbox"/> Dr. med. Claudio Bruker

## UNTERSUCHUNG

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MR ARTHROGRAPHIE	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> RÖNTGEN
<input type="checkbox"/> ULTRASCHALL	<input type="checkbox"/> MAMMOGRAPHIE	<input type="checkbox"/> DURCHLEUCHTUNG	<input type="checkbox"/> DEXA / <input type="checkbox"/> FETTMESSUNG
<input type="checkbox"/> NUKLEARMEDIZIN	<input type="checkbox"/> PET/CT	<input type="checkbox"/> SPECT/CT	
<input type="checkbox"/> INTERVENTION	<input type="checkbox"/> BIOPSIE	<input type="checkbox"/> FNP	<input type="checkbox"/> INFILTRATION
<input type="checkbox"/> LUMBALPUNKTION			<input type="checkbox"/> KONSILIUM/ZWEITMEINUNG

REGION/ORGAN:  
KLINISCHE ANGABEN:

FRAGESTELLUNG:

## FALLRELEVANTE INFORMATIONEN

<input type="checkbox"/> HERZSCHRITTMACHER	<input type="checkbox"/> NEUROSTIMULATOR
<input type="checkbox"/> METALLSPLITTER	<input type="checkbox"/> KM-ALLERGIE
<input type="checkbox"/> KLAUSTROPHOBIE	<input type="checkbox"/> IMPLANTATE
<input type="checkbox"/> NIERENINSUFFIZIENT	<input type="checkbox"/> _____
SCHWANGERSCHAFT	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

## LABOR-WERTE

<b>Nierenfunktion</b>	<b>Gerinnungswerte</b>	<b>Schilddrüsenwerte</b>
EGFR	QUICK/INR/TC	TSH/IT
_____	_____	_____
DATUM: _____	DATUM: _____	DATUM: _____

## BEFUNDUNG

<b>Befund per</b>	<b>Bilddokumentation</b>	<b>Schnellbefund</b>
<input type="checkbox"/> E-MAIL	<input type="checkbox"/> WEBPORTAL	<input type="checkbox"/> JA
<input type="checkbox"/> WEBPORTAL	<input type="checkbox"/> H-NET	
BEFUNDKOPIE AN:		

## ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT

NAME: _____
VORNAME: _____
TELEFON/MOBILE: _____
E-MAIL: _____
STANDORT PRAXIS: _____
DATUM: _____