



## ANMELDUNG

**Patienten einfach online zuweisen: [bilddiagnostik.ch/termine](http://bilddiagnostik.ch/termine)**

Ihre Logindaten erhalten Sie unter  
[frontdesk@bilddiagnostik.ch](mailto:frontdesk@bilddiagnostik.ch) und 061 281 69 69

**Patient**                      Herr              Frau              Patient bitte direkt aufbieten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Unfallvers.: \_\_\_\_\_

Untersuchungsort:                      Basel                      MuttENZ

Gewünschte Untersuchungen: Regionen / Organe / Technik:

Medizinische Angaben [Anamnese / Fragestellung]:

**Termin:**

**Modalität:**

Magnetresonanztomografie

MR-Arthrografie

Computertomografie

SPECT / CT

Mammografie

Röntgen / Durchleuchtung

Ultraschall

Bestmögliche Methode

**Zusatzangaben:**

Niereninsuffizienz:      Ja      Nein

Serum-Kreatinin:                      µmol/l

Allergien:                      Ja      Nein

Herzschrittmacher:      Ja      Nein

Voraufnahmen: \_\_\_\_\_

Vereinb. Termin / Wunschtermin:

Kopie an:

**Zuweisender Arzt**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_