

Absender:  
Name Praxis:  
Einweisende/r Ärztin/Arzt:  
Strasse:  
PLZ / Ort:



**Abteilung Radiologie**

Telefon 056 / 675 14 32

radiologie@spital-muri.ch

**Anmeldung Radiologie**

dringend / sofort  
baldmöglichst  
nicht dringend

Datum:	Geb. Datum:
Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Wohnort:
Telefon P.:	Telefon G.:
Krankheit / Unfall <small>Versicherungsname und Nr.:</small>	

**Gewünschte Untersuchung:**

<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> CT
<input type="checkbox"/> Sonographie	<input type="checkbox"/> MRI
<input type="checkbox"/> Duplex	<input type="checkbox"/> Arthro-MRI
<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Infiltration
<input type="checkbox"/> Interne Weiterbehandlung (bei Notfallindikation)	<input type="checkbox"/> Nach Ermessen des Radiologen

**Klinische Angaben**

**Risikofaktoren / Kontraindikation**

Schwangerschaft ja nein  
Kreatinin \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_  
KM-Unverträglichkeit  
Allergien  
Hyperthyreose  
Herzschrittmacher

**Fragestellung**

**Befundkopie an:**