

Spital Uster

Brunnenstrasse 42
8610 Uster
Tel.: +41 44 911 12 25
Tel.: +41 43 399 18 50 (MRI)
kanzlei.radiologie@spitaluster.ch

Uster Stadt

Zürichstrasse 6
8610 Uster
Tel.: +41 43 399 18 50
uster.stadt@mdz.ch

Wallisellen

Bahnhofplatz 1A
8304 Wallisellen
Tel.: +41 43 811 00 80
wallisellen@mdz.ch

Zentrale Telefonnummer:

Bildbestellung
Tel. +41 44 911 12 25
Berichtswesen
Tel. +41 44 911 12 21
kanzlei.radiologie@spitaluster.ch

Radiologie Anmeldung

Pat. Name (bei Frauen auch Ledigname)		Vorname		Geb. Datum (Tag, Monat, Jahr)	
Strasse, Nr.			PLZ, Ort		Versicherung
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Handy-Nr.		Telefon Privat		Telefon Geschäft
Gewünschte Untersuchung:			Vereinbarter Untersuchungstermin am:		
<input type="checkbox"/> Allgemeine Röntgendiagnostik <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Mammografie <input type="checkbox"/> Computertomografie <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> unklar, welche Bildgebung			Wochentag: Zeit: Datum:		
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> Bitte aufbieten In dringenden Fällen <input type="checkbox"/> Patient meldet sich telefonisch anmelden. <input type="checkbox"/> Wunschdatum Hausarzt:		
Klinische Angaben, Vorfunde:		Wichtig!		MRI-Kontraindikationen	
		Bei Untersuchungen mit evtl. intra-venöser oder intra-artikulärer Kontrastmittelgabe (CT, MRI) Allergie: Gewicht: Zusätzlich bei Eingriffen , z.B. Infiltrationen, Punktionen, Biopsien:		- * Herzschrittmacher: (Ausnahme für MRI-gängige Herzschrittmacher) - * Neurostimulatoren - * Medikamentenpumpen - * Innen-/Mittelohr-Implantate - * Metallfremdkörper - * Clips der Hirnarterien - * Gefässstents oder Herzklappen < 6 Wochen - * Schwangerschaft < 3 Monate * Ausnahme nach Rücksprache Tel. +41 44 911 12 25	
Fragestellung:		Blutverdünner:			
		Thrombo:			
		INR: / oder Quick:			
Befundkopie: Bitte ganze Adresse aufschreiben		Datum:		Arzt/Spital (Stempel und Unterschrift)	

Damit uns alle notwendigen Informationen vorliegen, senden Sie uns bitte alle Unterlagen rechtzeitig an folgende Adresse: **kanzlei.radiologie@spitaluster.ch**. Besten Dank.

Rücksendeadresse

MDZ
c/o Spital Uster
Brunnenstrasse 42
Postfach
8610 Uster