

# Röntgenanmeldung

## Freiburg - Fribourg

Termin 026 306 17 00 radiologiefrbourg@h-fr.ch  
Empfang (Berichte-Archiv) 026 306 17 10

## Riaz

Termin 026 306 41 50 radiologieriaz@h-fr.ch  
Berichte-Archiv 026 306 09 61 archives-rx@h-fr.ch

## Meyriez-Murten

026 306 72 30 radiologiemeyriez@h-fr.ch

## Tafers

026 306 60 60 radiologietafers@h-fr.ch

### Patient·in

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geschlecht  M  W  
Tel-Nr. \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt

Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_  
Tel-Nr. \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## Gewünschte Untersuchung

\_\_\_\_\_

## Klinische Angaben

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Fragestellung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Termin

Datum \_\_\_\_\_  
Zeit \_\_\_\_\_  
Standort  Freiburg  Riaz  
 Châtel-St-Denis  Tafers  
 Meyriez

Bilddokumente: Bildzugriff: <https://www.h-fr.ch/de>  CD/DVD  keine

Befund:  Brief  E-Mail \_\_\_\_\_  Kopie an \_\_\_\_\_

## Kontraindikationen / MRI Sicherheit

Geben Sie bitte die Werte für alle Kontrastmitteluntersuchungen an, wenn sie die Normwerte überschreiten.

**Nicht ausgefüllte Werte, werden als normal angesehen !**

**Für MRI Untersuchungen** geben Sie bitte die Informationen von den medizinischen Implantaten an.

Kreatinin ( $\mu\text{mol/l} < 115$ ) \_\_\_\_\_  
Allergien \_\_\_\_\_  
TP \_\_\_\_\_  
INR \_\_\_\_\_  
PTT \_\_\_\_\_  
Thrombozyten \_\_\_\_\_  
Anti-Koagulation \_\_\_\_\_

**Medizinisches Implantat?**  Ja  Nein

Wenn ja, bitte geben Sie das Implantationsjahr, die Firma und die Modellnummer an.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_