

INFORMATIONS PATIENT

Veillez vous munir de :

- Votre carte d'assuré
- Vos documents radiologiques comparatifs

Si un examen IRM vous est prescrit, veuillez contacter le centre si vous êtes porteur d'un(e):

- Pace-maker
- Valve cardiaque
- Neurostimulateur
- Pompe à médicament

Si vous êtes enceinte ou susceptible de l'être, veuillez contacter le centre.

PATIENTENINFORMATION

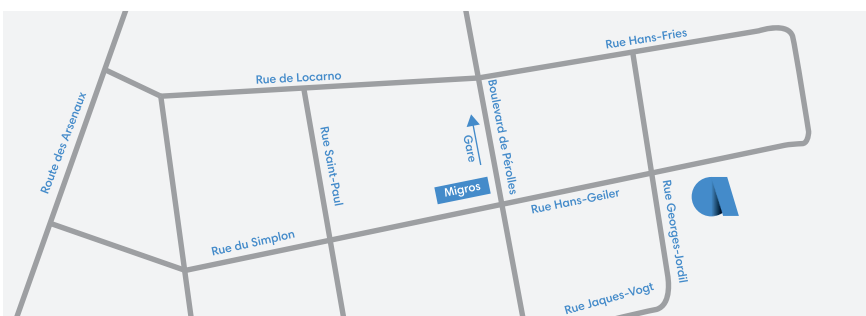
Mitzubringen :

- Ihre Versicherungskarte
- Ähnliche Vorbefunde

Nehmen Sie bitte Kontakt mit dem Zentrum auf, wenn Ihnen eine MRT-Untersuchung verschrieben wurde und Sie eines der nachstehenden medizinischen Geräte tragen :

- Herzschrittmacher
- Künstliche Herzklappe
- Neurostimulator
- Insulin-/Schmerzpumpe

Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein, kontaktieren Sie bitte unser Zentrum



AFFIDEA CIMED | FRIBOURG

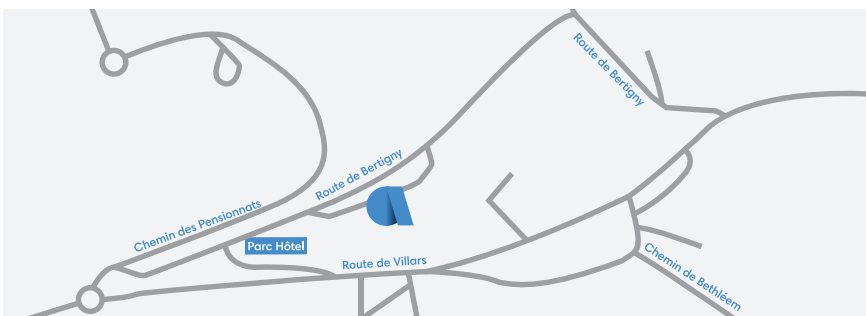
Rue Georges-Jordil 4
1700 Fribourg
+41(0)26 347 15 10
cimed@affidea.ch



Pérolles Centre



Bus 1, 7, 281 / «J. Vogt»



AFFIDEA GIVISION | DALER

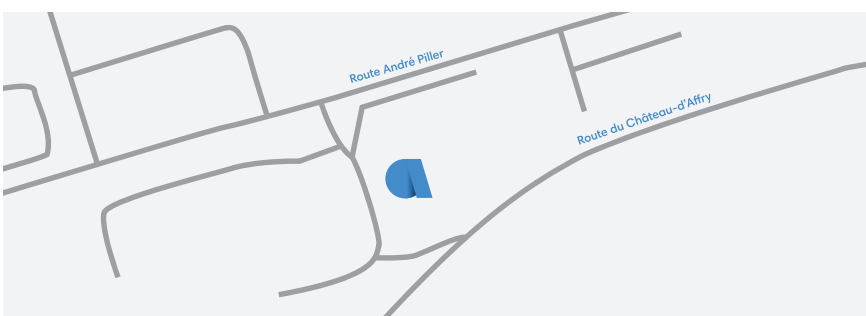
Rte de Bertigny 34
1700 Fribourg
+41(0)26 552 50 10
givision-daler@affidea.ch



Hôpital Daler



Bus 2, 6, 362 / «Vignettaz-Daler»



AFFIDEA GIVISION | GIVISIEZ

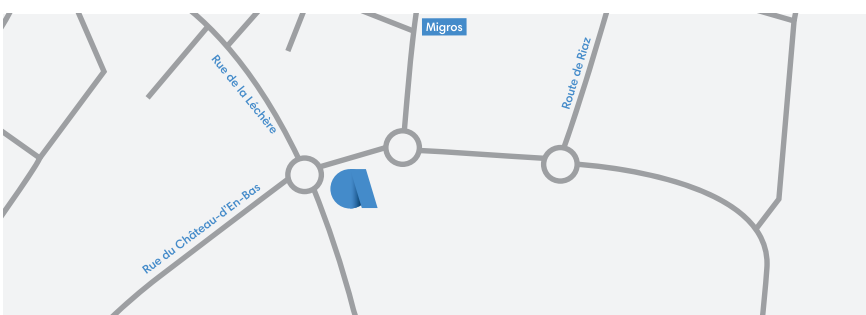
Rte André-Piller 29
1762 Givisiez
+41(0)26 460 79 00
givision-givisiez@affidea.ch



Affidea



Bus 8 / «Toutvent»



AFFIDEA GIVISION | BULLE

Rue du Château-d'En-Bas 7
1630 Bulle
+41(0)26 919 19 00
givision-bulle@affidea.ch



La Toula, Migros, gratuit 2 heures



Bus 2 / «Bulle, Château-d'en-bas»



www.affidea.ch

CHOIX DU CENTRE / WAHLZENTRUM :

**AFFIDEA CIMED
FRIBOURG**

T 026 347 15 10
F 026 347 15 19

**AFFIDEA GIVISION
DALER**

T 026 552 50 10
F 026 552 50 13

**AFFIDEA GIVISION
GIVISIEZ**

T 026 460 79 00
F 026 460 79 05

**AFFIDEA GIVISION
BULLE**

T 026 919 19 00
F 026 919 19 05

Rendez-vous le / Termin am _____

à / um _____

PATIENT / PATIENT :

Nom / Name : _____

Prénom / Vorname : _____

Date de naissance / Geburtsdatum : _____

Tel: _____

EXAMEN DEMANDÉ / ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / KLINISCHE ANAMNESE :

Créatinine / Kreatinin: _____

Quick / INR: _____

Allergie(s) / Allergie(n): _____

En cas de risque sanitaire ou infectieux particulier, veuillez contacter le centre.
Wenn bei Ihnen ein gesundheitsbedingtes Risiko oder eine Infektionskrankheit besteht,

MÉDECIN RÉFÉRENT ZUWEISENDER ARZT :

TRANSMISSION DES RÉSULTATS ÜBERMITTLUNG ERGEBNIS

Copie des résultats à /
Kopie des Ergebnisses an :

Autres instructions /
Weitere Instruktionen :