

WAHL DES UNTERSUCHUNGSZENTRUMS:

Affidea MRI Brig Affidea MRI Visp

Termin am _____ um _____

PATIENT:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel: _____

ERFORDERLICHE UNTERSUCHUNG:

MRT CT Ultraschall Farbduplexsonographie
 Mammographie Röntgen Knochendichtmessung Nuklearmedizin (Spect-CT)

KÖRPERREGION:

ANAMNESE UND KLINIK:

FRAGESTELLUNG | ANMERKUNGEN

Kreatinin: _____ INR: _____

Allergie(n): _____

Bei gesundheitlichen oder bestimmte Infektionsrisiko, kontaktieren Sie bitte unser Zentrum.

ZUWEISENDER ARZT:

ÜBERMITTLUNG ERGEBNIS

Kopie der Ergebnisse an:

Weitere Instruktionen:

Mitzubringen:

- Ihre Versicherungskarte
- Ähnliche frühere Befundungen

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

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



Affidea MRI

Brig

Bahnhofstrasse 12 | 3900 Brig
T 027 921 10 21 | F 027 921 10 29
mri@affidea.ch



CFF Bahnhof und Zentrum Weri



Affidea MRI

Visp

Sägematte 1 | 3930 Visp
T 027 552 10 30 | F 027 552 10 39
mri@affidea.ch



Sägematte