



RÖNTGENINSTITUT

S E E L A N D

Demande d'examen

Nom:

Prénom:

Rue, No.:

Code postal, domicile:

No. de tél. privé et mobile:

No. de tél. prof.:

Masculin Féminin

Date de naissance:

Caisse maladie:

No. d'assurance:

Assurance accident:

Employeur:

Suva APG AI Autres

No. d'assurance:

Examen désiré

Radiographie

Organe, région:

Échographie

Mammographie

Tomodensitométrie (CTscan)

Imagerie résonance magnétique (IRM)

Informations cliniques, indication

Grossesse

Souffrez-vous d'une allergie aux produits de contraste, avez-vous une dysfonction rénale ou une hyperfonction de la thyroïde?

Autres particularités (patient couché; handicapé; chaise roulante):

Important pour les examens d'IRM:

Patient souffrant de claustrophobie

Des stimulateurs cardiaques/neurologiques, des clips vasculaires cérébraux et des pompes à insuline sont des contre-indications.

Date de l'examen

Date:

Heure:

Fixer un rendez-vous

D'éventuels clichés déjà existants sont à envoyer ou à remettre au patient.

Images sur: CD Papier Pas d'images

Accès online aux images souhaitées

Rapport immédiat téléphonique

Lieu, date:

Médecin traitant (timbre, signature)

Copie du rapport à:

Envoyez s.v.p. formulaires pour demande d'examen