

### ANMELDUNG ZUR UNTERSUCHUNG

an den Standorten:

**MRI**, (Gwattstrasse 15)

**CT, Ultraschall, Röntgen, Durchleuchtungsgesteuerte Interventionen, DXA** (Churerstrasse 43)

- Mamma-Diagnostik**  
(Med. Zentrum Chrumbächli, Chrumbächliweg 2, Richterswil)

- Computertomographie  
 MRI / MRT  
 Sonographie  
 Interventionelle Radiologie  
 Digitales Röntgen  
 Mammographie,  
 Sonographie  Stanzbiopsie

**Patient/-in hat Termin am:**

### Patientenangaben:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Straße:

Telefon:

KK/Versicherung:

Arbeitgeber:

---

### Gewünschte Untersuchung:

### Klinische Angaben:

### Fragestellung:

---

Bitte Bilder von früheren Untersuchungen mitgeben.

Wünschen Sie:

- Befund mit Bildern  
 Befund mit Daten-CD  
 Befund ohne Bilder  
 Tel. Bericht  
 Kopie an:

**Zuweisender Arzt:**

**Datum:**