

Radiologie-Anmeldung

Patient hat Termin am: / Bitte Patient aufbieten

Name:

.....

Geburtsdatum:

.....

PLZ / Ort:

.....

Strasse / Nr:

.....

Vorname:

.....

Tel. / Mobile / E-Mail:

.....

Krankenkasse / Mitglied Nr:

.....

UVG / Schaden Nr:

.....

CT

MR -Untersuchungsregion..... rechts links

Röntgen

US Platzangst

Gewicht..... Kg

Kreatinin..... µmol/l

Schwangerschaft: ja nein unsicher

Schilddrüsenüberfunktion: ja nein

Metformin-Einnahme (Diabetes mellitus): ja nein → Wenn ja, 48h vor Untersuchung absetzen!

Kontraindikationen MRI: Herzschrittmacher, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, Metallsplitter
cerebrale Aneurysma-Clips

-Klinischer Befund / Fragestellung (Blockschrift)

-Allergien / Implantate / Medikamente:

-Befundkopie an:

-Schnellbefund per Telefon / E-Mail:

Senden Sie bitte das Dokument an folgende E-Mail Adresse: radiologie@spitaldavos.ch

Datum:

Zuweisender Arzt: