

Radiologie-Anmeldung

Patient hat Termin am:

Bitte Patient aufbieten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Tel. / Mobile / E-Mail:

PLZ / Ort:

Krankenkasse / Mitglied Nr:

Strasse / Nr:

UVG / Schaden Nr:

CT

MR Untersuchungsregion:

rechts links

Röntgen

US

Platzangst

Gewicht: kg Kreatinin: $\mu\text{mol/l}$

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:

Zuweisender Arzt:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Datum:

Senden Sie das Formular direkt via Button
oder per Mail an: radiologie@spitaldavos.ch