

Radiologie-Anmeldung

Mo – Fr 08.00 -17.00 h
Telefon 055 646 35 02/03
Fax 055 646 43 05

Termin am:
Zeit:

Name: Vorname:

Geb. Datum: Tel. P: G:

Adresse:

PLZ, Ort:

Arbeitgeber:

Krankenkasse/ Versicherung:

Versicherungs Nr:

Behandlungsgrund: Krankheit Unfall

- RÖ
- Mammo
- US
- CT
- MR
- Angio
- Punktion

1. Gewünschte Untersuchung, Körperregion:

5. Befundkopie an

6. Schwangerschaft

Ja Nein Unsicher

2. Klinische Angaben:

7. Allergien

8. Für MR – Untersuchung

Schrittmacher, Metallimplantate?

Ja Nein

3. Fragestellung:

9. Für KM-Untersuchung

Quick:

Kreatinin (umol/l):

Bitte frei lassen für Radiologie

4. Auftraggeber:

Datum: _____ Rücksendeadresse: **Radiologie@ksgl.ch**