

Anmeldung Radiologie

Standort Loestrasse 170, 7000 Chur
 Mo – Fr 08.00 – 17.00, Tel. 081 256 64 80, 081 2566460
 Ausserhalb dieser Zeit / Notfälle: Tel 081 256 61 11
 eMail : radiologie@ksgr.ch

Standort Spitalgasse 5, 8880 Walenstadt
 Mo – Fr 08.00 – 17.00, Tel. 081 736 13 00
 Ausserhalb dieser Zeit / Notfälle: Tel. 081 736 14 46
 eMail: radiologie.walenstadt@ksgr.ch

Patient

Name
 Vorname
 Strasse, Nr.
 PLZ, Ort
 Geburtsdatum Geschlecht
 AHV-Nr.
 Telefon
 Telefon
 Versicherung

 Kostenträger
 Vers.-Nr.
 Unfalldatum
 Unfall-Nr.

1. Gewünschte Körperregion

2. Gewünschte Untersuchungstechnik

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Mammographie/Mamma US/Senologie | <input type="checkbox"/> Ultraschall/Duplex | <input type="checkbox"/> Untersuchung nach Ermessen des Radiologen |
| <input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie | Klaustrophobie <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Schrittmacher/Neurostimulator, Metall etc. | KM Allergie (Gadolinium) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie | Kreatinin (ymol/l) | Schildrüsenüberfunktion <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | DM mit Metformin-Medikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Punktion / Infiltration / Biopsie / Drainage / Angiographie / PTA | KM Allergie (Iod) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Kreatinin (ymol/l) | |
| | Schildrüsenüberfunktion <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | DM mit Metformin-Medikation <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| | KM Allergie (Iod) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Gerinnungsstörung <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| | Antikoagulation (Marcumar etc.) | | |
| | Quick | | |
| | Kreatinin (ymol/l) | | |

3. Klinische Angaben (Anamnese, Status, Operationen, Labor, Allergien, Therapie)

Schwangerschaft Ja Nein

4. Fragestellung

5. Dringlichkeit / Termin

- Notfall (zusätzlich telefonisch anmelden) Dringend (1-3 Tage) Bitte Pat. aufbieten
- Pat. hat Termin am

Dokumentation / Befundversand

- Fax HIN eMail
- eHealth Portal CD

Befundkopie an

Zuweisender Arzt

Datum

Tel.

Fax

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den gewählten Radiologie-Standort des KSGR