

Radiologie-Anmeldung

Bitte Patient aufbieten

Patient hat Termin am:

Name:

Strasse:

Vorname:

PLZ/Ort:

Geb. Datum:

Tel. Privat:

Geschlecht:

Versicherung:

Adresse:

Gesetz:

Police-Nr:

Fall-Nummer:

Fall-Datum:

CT

MRI

Röntgen

US

Region:

rechts

links

Platzangst:

Gewicht:

kg

Kreatininwert:

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

Allergien / Implantate / Medikamente:

Befundkopie an:

Schnellbefund per Telefon / E-Mail:

Zuweiser:

Telefon:

Fax:

GLN:

ZSR:

eMail:

Datum:

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Radiologie des Spitals Davos.