

# Radiologie - Anmeldung



Netzwerk  
Radiologie

## Untersuchungsort

- Kantonsspital St.Gallen     Spital Altstätten     Ostschweizer Kinderspital  
 Ambulatorium Rorschach     Spital Linth  
 Spital Grabs     Spital Wil

## Patient/in

Name \_\_\_\_\_ Strasse / Nr. \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Kostenträger \_\_\_\_\_ Unfalldatum \_\_\_\_\_ Vers-Nr. \_\_\_\_\_  
Versicherung \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber \_\_\_\_\_

## Gewünschte Untersuchung

## Klinische Angaben

## Fragestellung

**Termin**     Wunschtermin: \_\_\_\_\_     Dringend     Termin bereits vereinbart auf: \_\_\_\_\_

## Erforderliche Angaben

Kreatinin (µmol/l) \_\_\_\_\_ oder Kreatininclearance (ml/min) \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ (Datum)

- Schwangerschaft bekannt  
 HIV / Hepatitis B / C

### CT

- Diabetes mellitus    Einnahme von Metformin     Ja     Nein  
 Hyperthyreose

### MRT

- Schrittmacher / ICD  
 Neurostimulator / Neuromodulator  
 Insulinpumpe  
 Schmerzpumpe  
 Künstliche Herzklappe  
 Aneurysmaclip / Cochleaimplantat

### Angiographie / Punktion / Drainage / Dilatation

- Diabetes mellitus    Einnahme von Metformin     Ja     Nein  
 Hyperthyreose  
 Thrombozytenaggregationshemmer  
 Orale Antikoagulation  
 INR

Allergien / Besonderes \_\_\_\_\_

## Befundübermittlung

- HIN-eMail  
 Brief  
 Telefon  
 Befundkopie an \_\_\_\_\_

**Zuweiser/in** (vollständige Adresse inkl. Telefon) \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
GLN \_\_\_\_\_ ZSR \_\_\_\_\_

**Auswärtige Vergleichsaufnahmen bitte mitgeben!**

Datum \_\_\_\_\_

## Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das gewählte Radiologie-Institut.