

Anmeldung für Spezial- und Kontrastmitteluntersuchungen

Mo, Di, Do, Fr: 08.00-12.00 und 13.00-16.30 Uhr
 Mi: 08.30-12.00 und 13.00-16.30 Uhr
 Telefon: 081 256 64 80

Ausserhalb Anmeldezeit
 Telefon 081 256 61 11
 E-Mail radiologie@ksgr.ch

Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon P:

Telefon G:

e-mail:

Versicherer:

Gewünschte Spezial- oder Kontrastmitteluntersuchung:	Vom Röntgeninstitut aufzubieten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Termin am:
Klinische Angaben (Anamnese, Status, Operationen, Labor, Therapie):	DVD erwünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Befundkopie an:
	Allergien:
	Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unsicher
	Grösse: Gewicht:
	Kreatinin: ***
	Quick: Thrombocyten:
Fragestellung:	

*** "Kreatininwert <14Tage benötigt bei geplanter Kontrastmittelgabe nur bei Patienten mit bekannter Nierenerkrankung oder Diabetes mellitus" und bei allen Patienten mit geplanter Angiographie!

Zuweisender Arzt:

Adresse/Spital:

Tel./Sucher:

Hin-Mail:

Datum/Sig: