

Anmeldung MRI

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 Körperregion:					
Klinische Angaben (Anamnese, Status, Operationen, Labor, Therapie):				Vom Röntgeninstitut aufzubieten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> dringend Termin am:	
				DVD erwünscht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Befundkopie an:	
				Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unsicher	
				Grösse: Gewicht:	
				Quick: Thrombocyten: <small>(Nur bei Biopsien erforderlich)</small>	
	Ja	Nein		Ja	Nein
Metallsplitter im Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklappe Typ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metallclip (Aneurysma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehörimplantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klaustrophobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallteile (Prothesen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragestellung:					

Zuweisender Arzt:

Adresse/Spital:

Tel./Hin-Mail:

Datum/Sig: