Kantonsspital Graubünden

Standort Walenstadt

Anmeldung CT

Mo - Fr 10.00 - 16.00 Uhr
T +41 81 736 13 00
E-Mail radiologie.walenstadt@ksgr.ch

Ausserhalb dieser Zeit
T +41 81 736 14 46

e-Mail senden: radiologie.walenstadt@ksgr.ch

Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon P:

Telefon G:

Versicherer:

Gewünschte Körperregion:

Vom Röntgeninstitut aufzubieten

☐ ja ☐ nein
Termin am:

☐ **FNP** ☐ FNP bei Befund ☐ FNP nach Rücksprache

☐ **Biopsie** ☐ Biopsie bei Befund ☐ Biopsie nach Rücksprache

Gewünschte Auswertungen:

DVD erwünscht

☐ ja ☐ nein

Befundkopie an:

Klinische Angaben (Anamnese, Status, Operationen, Labor, Therapie):

Überwachung nötig:

☐ ja ☐ nein

Allergien:

Schwangerschaft:

☐ ja ☐ nein ☐ unsicher

Grösse:

Gewicht:

Therapie / Studie:

Kreatinin: ***

Baseline:

Quick:

Thrombocyten:
(nur bei Biopsien und Infiltrationen erforderlich)

Fragestellung:

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

Zuweisender Arzt:

Adresse/Spital:
Tel./Sucher:
Hin-Mailadresse

Datum/Sig: