

## Standort Walenstadt

**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**

**Patient** Geb. Datum:

Name:

Adresse:

Telefon P: G:

Garant:

Klasse 1. 2. 3.

Vom Röntgeninstitut aufzubieten: Ja  Nein

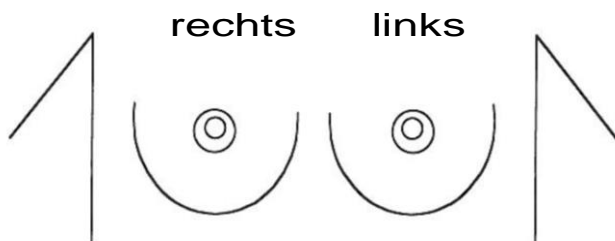
Originalbilder zur Einsicht: Ja  Nein

## Anmeldung Senologie/Radiologie

Gewünschte Untersuchung:

Mammographie  Mammasonographie  MG - Vergrösserungsaufnahme (Spot)

**Klinik/Voroperation:**



Allfälliger Sonographiebefund:

Familienanamnese:

Menopause:  Ja  Nein  
bzw. Datum der letzten Menstruation

HRT:

Fragestellung:

Medikamente:

Frühere Mammographien? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann? Wo?	Befundkopie an:	Zuweisender Arzt: (Blockschrift/Stempel)  Hin-Mail-Adresse:
---	-----------------	---

Eingangsdatum Anmeldung:

E-Mail senden radiologie.walenstadt@ksgr.ch