

**Anmeldung Spezial- und
Kontrastmitteluntersuchungen**

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

Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon P:

Telefon G:

Versicherer:

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

*** "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: