

Anmeldung CT

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
 T +41 81 256 64 80
 E-Mail radiologie@ksgr.ch

Ausserhalb Anmeldezeit
 T +41 81 256 61 11
 E-Mail radiologie@ksgr.ch

Name:
 Geb.-Datum:
 Adresse:
 Telefon P:
 Telefon G:
 e-mail
 Versicherer:

Gewünschte Körperregion:	Vom Röntgeninstitut anzubieten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Termin am:
<input type="checkbox"/> FNP <input type="checkbox"/> FNP bei Befund <input type="checkbox"/> FNP nach Rücksprache <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Biopsie bei Befund <input type="checkbox"/> Biopsie nach Rücksprache Gewünschte Auswertungen:	DVD erwünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Befundkopie an:
Klinische Angaben (Anamnese, Status, Operationen, Labor, Therapie): Therapie / Studie: Baseline:	Überwachung nötig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Allergien:
	Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unsicher
	Grösse: Gewicht:
	Kreatinin: ***
Quick: Thrombocyten: <small>(nur bei Biopsien und Infiltrationen erforderlich)</small>	
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: