

# Anmeldung Ultraschall

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:

- FNP**       FNP bei Befund       FNP nach Rücksprache  
 **Biopsie**       Biopsie bei Befund       Biopsie nach Rücksprache

Gewünschte Auswertungen:

**Vom Röntgeninstitut aufzubieten**

- ja       nein

**Termin am:**

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

**DVD erwünscht**

- ja       nein

**Befundkopie an:**

**Allergien:**

**Schwangerschaft:**

- ja       nein       unsicher

**Grösse:**

**Gewicht:**

**Quick:**

**Thrombocyten:**

(nur bei Biopsien und FNP erforderlich)

**Fragestellung:**

**Zuweisender Arzt:**

**Adresse/Spital:**

**Tel./Sucher:**

**Hin-Mail**

**Datum/Sig:**