

 Kantonsspital Graubünden Standort Walenstadt Anmeldung Ultraschall Mo - Fr 08.00-12.00 und 13.00-16.30 Uhr Telefon 081 736 13 00 E-Mail radiologie.walenstadt@ksgr.ch Ausserhalb Anmeldezeit Telefon 081 256 61 11	E-Mail: radiologie.walenstadt@ksgr.ch Name: Geb.-Datum: Adresse: Telefon P: Telefon G: E-Mail: Versicherer:
Gewünschte Körperregion:	
☐ FNP ☐ Biopsie Gewünschte Auswertungen: ☐ FNP bei Befund ☐ Biopsie bei Befund ☐ FNP nach Rücksprache ☐ Biopsie nach Rücksprache	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: