

PATIENTENANMELDUNG

RADIOLOGIE STEPHANSHORN
BRAUERSTRASSE 95
CH-9016 ST. GALLEN

SEKRETARIAT T +41 71 282 75 57
SEKRETARIAT F +41 71 282 75 61

Adresse einweisende(r) Arzt/Ärztin:

RADIOLOGIE@STEPHANSHORN.CH
WWW.HIRSLANDEN.CH

AUSKUNFT TAGESARZT RADIOLOGIE
T +41 71 282 79 79

Patient/in aufbieten Patient/in meldet sich
Untersuchungstermin:

Name: _____ Lediger Name: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Strasse: _____ Telefon: _____
PLZ/Ort: _____

Kostenträger (bitte ankreuzen)

Krankenkasse Versicherung SUVA EMV IV

Genauere Bezeichnung und Adresse des Kostenträgers:

Vers.-Nr.:

Arbeitgeber:

Klinischer Befund und Diagnose:

Fragestellung:

- Klaustrophobie
- Metallfremdkörper
- Schwangerschaft
- Allergien
- Hyperthyreose
- Diabetes
- Glucophage
- Antikoagulation

Akt. Kreatinin: _____ µmol/l

- Cochleaimplantat
- Pacemaker
- Neurostimulator
- Insulinpumpe
- Schmerzpumpe

Gewünschte Untersuchung:

MRI konv. Röntgen Sonographie/Duplex
 MRI offenes System DSA-Angiographie/PTA KM-Passage
 CT/CT-Angiographie Periradiculäre Infiltration Phlebographie
 Mammographie FNP/Biopsie Organ: _____ Anderes _____
 Komplexe Interventionen (nach Rücksprache)

Gewünschte Bilddokumentation: CD Filme Keine

Bitte Bericht faxen an Fax-Nr.:

Befundkopie an:

Rückruf nein ja

Tel.-Nr. _____

Datum _____