

# Radiologie Bad Ragaz

## Anmeldung

Patient hat Termin am  Patient aufbieten

Name	Vorname	
Strasse	PLZ / Ort	
Geburtsdatum	Geschlecht	AHV-Nr.
Telefon		
Versicherung	Gesetz	Vers.-Nr.
	UVG/Schaden-Nr.	

	MRI	CT	Röntgen	US	Mammo	DEXA ohne Konsil	DEXA mit Konsil
Gewünschte Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsregion							
Gewicht	kg		Kreatinin	µmol/l		<input type="checkbox"/> Platzangst	

(Kontraindikationen MRI: Herzschrittmacher, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, cerebrale Aneurysmaclips, Metallsplitter)

Klinischer Befund / Fragestellung (Blockschrift)

Allergien / Implantate Quick (Punktionen und Biopsie)

Dokumentation der Untersuchung auf  CD  Webportal  
 Schnellbefund per Telefon / Fax / E-Mail

Arzt (Adresse, GLN, ZSR, Mail) Bitte Kopie an (Adresse, GLN, ZSR, Mail)

Datum

**Elektronische Übermittlung**

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Radiologie-Institut.