

PATIENTENANMELDUNG

Magnetresonanztomographie
 Computertomographie
 Mammographie
 Durchleuchtung
 Ultraschall
 Röntgen

Radiologie Gossau
Bahnhofstrasse 40
9200 Gossau

Patient/in: aufbieten meldet sich

Auskünfte: 071 886 18 18

Untersuchungstermin:

Name:	Vorname:		
Strasse:	Geburtsdatum:	Geschlecht:	
PLZ/Ort: /	AHV-Nr.:		
Telefon: /	Mail:		

Kostenträger: Krankenkasse VVG-Versicherung SUVA EMV IV

Versicherung:

Vers. Nr.: Unfall-Nr./-Datum: /

Arbeitgeber:

Frühere Röntgenuntersuchungen ?	<input type="checkbox"/> Klaustrophobie <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Hyperthyreose <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Metformin <input type="checkbox"/> Antikoagulation <input type="checkbox"/> Metall-Fremdkörper <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Neurostimulator <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe <input type="checkbox"/> Cochleaimplantat <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz akt. Kreatinin µmol/l
Klinischer Befund und Diagnose:	
Fragestellung:	

Gewünschte Untersuchung:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MR | <input type="checkbox"/> Mammographie |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> Ultraschall |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Feinnadelpunktion |
| <input type="checkbox"/> Infiltration | <input type="checkbox"/> KM-Passage |
| <input type="checkbox"/> Anderes | |

Bitte Bericht faxen an

Bitte Bericht per e-Mail an

Einsendender Arzt/Ärztin

Bitte Kopie an:

GLN: Tel:
 Mail:

GLN: Tel:
 Mail:

Elektronische Übermittlung

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