Magnetresonanztomographie | Computertomographie | Ultraschall
Mammographie | Röntgen | Durchleuchtung

RADIOLOGIE NORDOST
Diagnosezentrum Rheintal

PATIENTENANMELDUNG

Dr. med. U. Amsler
Dr. med. Ch. Strittmatter
FMH Diagnostische Radiologie

Vertretung / Konsilien / second opinions
Prof. Dr. med. W. Wiesner
Dr. med. Ph. Lampe
Dr. med. Th. Nguyen

Radiologie Nordost
Diagnosezentrum Rheintal
Bahnhofstrasse 2
9435 Heerbrugg

Patient/in: ☐ aufbieten ☐ meldet sich
Untersuchungstermin:

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

Versicherung:
Gesetz: Vers. Nr.:
Kostenträger:
Arbeitgeber:

Frühere Röntgenuntersuchungen ?

Klinischer Befund und Diagnose:

Fragestellung:

- ☐ Klaustrophobie
- ☐ Schwangerschaft
- ☐ Allergien
- ☐ Hyperthyreose
- ☐ Diabetes
- ☐ Metformin
- ☐ Antikoagulation
- ☐ Metall-Fremdkörper
- ☐ Piercing
- ☐ Pacemaker
- ☐ Neurostimulator
- ☐ Insulinpumpe
- ☐ Schmerzpumpe
- ☐ Cochleaimplantat
- ☐ Niereninsuffizienz

akt. Kreatinin µmol/l

Gewünschte Untersuchung/Lokalisation:

- ☐ MR
- ☐ CT
- ☐ Röntgen
- ☐ Infiltration
- ☐ Anderes
- ☐ Mammographie
- ☐ Ultraschall
- ☐ Feinnadelpunktion
- ☐ KM-Passage
- ☐ CT-Osteodensitometrie

☐ Bitte Bericht faxen an
☐ Bitte Bericht per e-Mail an

Einsendender Arzt/Ärztin

Bitte Kopie an:

Elektronische Übermittlung

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