

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.