

Patientenanmeldung Radiologie

RADIOLOGIE

amb. stat. **Bettenabteilung**

Name

KLINIK STEPHANSHORN
RADIOLOGIE
BRAUERSTRASSE 95
CH-9016 ST.GALLEN

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nummer

STEPHANSHORN RADIOLOGIE
NEUDORF-CENTER BRUSTDIAGNOSTIK
RORSCHACHERSTRASSE 286
CH-9016 ST.GALLEN

PLZ/Ort

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

Telefon/Natel privat

Telefon Geschäft

radiologie.stephanshorn@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch

E-Mail

Krankheit Unfall

Garant: Krankenkasse/SUVA/Mitglied-Nr.

Termin/Datum **Zeit**

- Patient meldet sich
 Bitte Patient aufbieten

Klinische Angaben, Untersuchungsergebnisse und Diagnosen

Fragestellung

Untersuchungsart/Organ bzw. Körperregion

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> MRT | <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> Durchleuchtung |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> Angiographie/PTA | <input type="checkbox"/> Intervention |
| <input type="checkbox"/> Dexa/Osteodensitometrie | <input type="checkbox"/> Sonographie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | | |

Fallrelevante Informationen

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> KM Allergie | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Probleminfekt |
| <input type="checkbox"/> Klaustrophobie | <input type="checkbox"/> Schrittmacher/ICD | <input type="checkbox"/> Neurostimulator | <input type="checkbox"/> Insulinpumpe/Schmerzpumpe |
| Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |

- | | | |
|---------|---|--|
| Bilder | <input type="checkbox"/> via Webportal | <input type="checkbox"/> H-Net |
| Bericht | <input type="checkbox"/> Schnellbefund | <input type="checkbox"/> Befundkopie an: |
| Rückruf | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Tel. Nr. | |

Labor-Werte

Nierenfunktion

eGFR
KREA
Datum:

Intervention

Quick/INR/TC

Datum:

Hyperthyreose

TSH/ft3/ft4

Datum:

Zuweisender Arzt/Ärztin:

Name/Vorname:

Adresse:

Stempel:

Datum/Unterschrift:

Dieses Formular ist unter www.hirslanden.ch/rsh-anmeldung auch elektronisch verfügbar.

Senden