

PATIENTENANMELDUNG RADIOLOGIE

RADIOLOGIE STEPHANSHORN

BRAUERSTRASSE 95

9016 ST. GALLEN

SEKRETARIAT T +41 71 282 75 57

SEKRETARIAT F +41 71 282 75 61

RADIOLOGIE.STEPHANSHORN@HIRSLANDEN.CH

WWW.HIRSLANDEN.CH

HIRSLANDEN

KLINIK STEPHANSHORN

RADIOLOGIE

Adresse einweisender Arzt/Ärztin:

- Patient/in aufbieten
 Patient/in meldet sich

Untersuchungstermin: _____

Familienname: _____ Lediger Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____ Geschlecht: M F

Kostenträger (bitte ankreuzen) Krankenkasse Versicherung SUVA EMV IV

Vers.-Nr.: _____ Arbeitgeber: _____

Genauere Bezeichnung und Adresse der Kasse/Versicherung:

Klinischer Befund und Diagnose: _____

Fragestellung: _____

- Akt. Kreatinin: _____ mmol/dl
_____ µmol/l
- BD-Medikament: _____
- Diabetes
 Metformin
 Erkrankung Schilddrüse
 Klaustrophobie
 Metallfremdkörper
 Schwangerschaft
 Allergien
 Hyperthyreose
 Antikoagulation
- Port-à-Cath
 Cochlea-implantat
 Pacemaker
 Neurostimulator
 Insulinpumpe
 Schmerzpumpe

Gewünschte Untersuchung:

- MRI konv. Röntgen Sonographie/Duplex
- MRI offenes System DSA-Angiographie/PTA KM-Passage
- CT Periradiculäre Infiltration Phlebographie
- Mammographie FNP/Biopsie Organ: Anderes
- Komplexe Interventionen (nach Rücksprache)

Gewünschte Bilddokumentation: Web-Viewer (synedra) USB CD H-Net

Bitte Bericht faxen an Fax-Nr.: _____

Befundkopie an: _____

Rückruf nein ja Tel.-Nr.: _____ Bitte neue Anmeldeformulare

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

