

# Radiologie - Anmeldung

[www.netzwerk-radiologie.ch](http://www.netzwerk-radiologie.ch) (Online-Anmeldeformular)  
Dienstarzt Radiologie Tel +41 71 494 66 22



## Untersuchungsort:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Kantonsspital St. Gallen</b><br>+41 71 494 66 66 / anmeldung.radiologie@kssg.ch | <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Spital Grabs</b><br>+41 81 772 56 20 / sekr.radiologie@srws.ch                 | <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Spital Linth</b><br>+41 55 285 49 81 / radiologie@spital-linth.ch   |
| <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Ambulatorium Rorschach</b><br>+41 71 494 66 66 / anmeldung.radiologie@kssg.ch   | <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Spital Altstätten</b><br>+41 71 757 43 80 / sekr.radiologie@srws.ch            | <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Spital Wattwil</b><br>+41 71 987 32 10 / radiologie.wattwil@srft.ch |
| <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Spital Rorschach</b><br>+41 71 858 15 13 / radiologie.spitalrorschach@kssg.ch   | <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Spital Walenstadt</b><br>+41 81 736 13 00 / rsekr.radwal@srws.ch               | <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Spital Wil</b><br>+41 71 914 63 62 / radiologie.wil@srft.ch         |
| <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Spital Flawil</b><br>+41 71 394 72 70 / radiologie.spitalflawil@kssg.ch         | <input type="checkbox"/> <b>Radiologie Ostschweizer Kinderspital</b><br>+41 71 243 75 42 / info.radiologie@kispihg.ch |  |

### Patient/in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankheit  Unfall Krankenkasse/Versicherung: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Untersuchung:

**Klinische Angaben** (max. 7 Zeilen):

**Fragestellung:**

**Termin:**  Wunschtermin: \_\_\_\_\_  Dringend  Termin bereits vereinbart auf: \_\_\_\_\_

### Erforderliche Angaben:

Kreatinin: \_\_\_\_\_ (µmol/l) oder Kreatininclearance: \_\_\_\_\_ (ml/min) vom: \_\_\_\_\_ (Datum)

- Schwangerschaft bekannt  
 HIV / Hepatitis B/C

#### MRT:

- Schrittmacher / ICD  
 Neurostimulator/Neuromodulator  
 Insulinpumpe  
 Schmerzpumpe  
 Künstliche Herzklappe  
 Aneurysmaclip/Cochleaimplantat

#### CT:

- Diabetes mellitus  
 Einnahme von Metformin  
 Hyperthyreose

#### Angiographie/Punktion/Drainage/Dilatation:

- Diabetes mellitus  
 Einnahme von Metformin  
 Hyperthyreose  
 Thrombozytenaggregationshemmer: \_\_\_\_\_  
 Orale Antikoagulation: \_\_\_\_\_  
 INR: \_\_\_\_\_

**Allergien / Anmerkungen / Besonderes:** \_\_\_\_\_

### Externe Zuweiser

Gewünschte Befundübermittlung:

- Fax  
 Brief / Postweg  
 HIN-eMail: \_\_\_\_\_

Gewünschte Bilddokumentation:

- USB-Stick  
 nur Befund

Telefonische Befundübermittlung an: \_\_\_\_\_

Befundkopie an: \_\_\_\_\_

Zuweiser / vollständige Adresse inkl. Telefon

Datum: \_\_\_\_\_

**Auswärtige Vergleichsaufnahmen bitte wenn möglich mitgeben!**