



Anmeldeformular Ultraschalldiagnostik und Angiologie Wil

Telefon:	071 914 63 85
Mail:	medizin.wil@srft.ch

Angaben Patient/In	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Strasse, Nr.	PLZ, Ort:
Telefon / Natel:	Telefon Geschäft:
Garant:	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall, Unfalldatum:	Tessiner Code:

<input type="checkbox"/> Abdomensonographie	<input type="checkbox"/> Beinvenenduplex
<input type="checkbox"/> Schilddrüsensonographie	<input type="checkbox"/> PAVK-Abklärung
<input type="checkbox"/> Halssonographie	<input type="checkbox"/> Beinarterienduplex
<input type="checkbox"/> Leistensonographie	<input type="checkbox"/> Carotisduplex
<input type="checkbox"/> Weichteilsonographie	<input type="checkbox"/> Nierenarterienduplex
<input type="checkbox"/> Thorax-/ Lungensonographie	
Dringlichkeit: <input type="checkbox"/> <24h (zusätzlicher Anruf gewünscht) <input type="checkbox"/> innerhalb 1 Woche <input type="checkbox"/> innerhalb 1 Monats	Diverses: <input type="checkbox"/> Dolmetscher notwendig, Sprache:

Indikation / Fragestellung:

Anamnese / Befunde:

Weitere Diagnosen:

Medikamente:

Allergien:

Bemerkungen:

Datum:

Zuweisender Arzt:

Hausarzt:

Ressort Medizinische Kliniken.

Dr. med. Markus Rütli, Chefarzt Medizin

Sekretariat: Telefon 071 914 63 85, medizin.wil@srft.ch