

Radiologie - Anmeldung

Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin
www.kssg.ch/radnuk (Online-Anmeldeformular)
Dienstarzt Radiologie Tel +41 71 494 6622

Untersuchungsort:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Radiologie Kantonsspital St. Gallen
T +41 71 494 6666 / F +41 71 494 2885 / anmeldung.radiologie@kssg.ch | <input type="checkbox"/> Radiologie Spital Linth
T +41 55 285 4981 / F +41 055 285 4187 / radiologie@spital-linth.ch |
| <input type="checkbox"/> Radiologie Ambulatorium Rorschach MRT • PET/CT
T +41 71 494 6666 / F +41 71 494 2885 / anmeldung.radiologie@kssg.ch | <input type="checkbox"/> Radiologie Spital Wattwil
T +41 71 987 3210 / F +41 71 987 3213 / radiologie.wattwil@srft.ch |
| <input type="checkbox"/> Radiologie Spital Rorschach
T +41 71 858 1513 / F +41 71 858 3565 / radiologie.spitalrorschach@kssg.ch | <input type="checkbox"/> Radiologie Spital Wil
T +41 71 914 6362 / F +41 71 914 6323 / radiologie.wil@srft.ch |
| <input type="checkbox"/> Radiologie Spital Flawil
T +41 71 394 7270 / F +41 71 394 7945 / radiologie.spitalflawil@kssg.ch | |

Patient/in:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
 Krankheit Unfall Krankenkasse/Versicherung: _____

Gewünschte Untersuchung:

Klinische Angaben:

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!