

Berit Klinik Wattwil

Steig 48

9630 Wattwil

**ANMELDUNG RADIOLOGIE |** Diagnostische Radiologie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientendaten** | | | |
| Name |  | Strasse | |
| Vorname |  | PLZ/Ort | |
| Geburtsdatum |  | Hausarzt | |
|  |  | (Name/Ort) | |
| Tel/Mobil |  | Krankheit |
|  |  |  | (Krankenkasse) | |
| E-Mail |  |  | Unfall | |
|  |  |  | (Vers.-Nr./Arbeitgeber/Datum des Unfalls) | |
|  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Termin** | |  | **Gewünschte Untersuchungen** | |
|  | Normaltermin | |  | Untersuchung nach Ermessen des Radiologen |
|  | Dringlich (1–2 Tage) | |  | CT |
|  | Notfall | |  | Röntgen |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klinische Angaben und Fragestellung**  Bei relevantem pathologischem Befund Weiterweisung an Notfall erwünscht |  | Ja |  | Nein |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **!** |  | Schwanger |  | Herzschrittmacher |  | Nierenpathologie | **Aktuelles Labor** |  | Kreatininwert |  | µmol/l | |
|  | Stillen |  | Neurostimulator |  | Antikoaguliert | Datum: |  | Quick oder INR |  | |  |
|  | Allergien |  | Hyperthyreose |  | Metallimplantate |  |  | **Bitte durch Radiologie bestimmen** | | | |

|  |
| --- |
| **Befundkopie an** |
| **Datum** |

|  |
| --- |
| **Zuweiser/in**  (Name/Adresse/Tel./E-Mail/Unterschrift/Stempel): |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Formular senden an:** |  |
|  |  |
|  |  |
| **Berit Klinik Wattwil Radiologie** |  |
|  |  |
| Radiologie@klinik.ch | Tel. 071 987 32 11 |