

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 |