

Radiologie – Anmeldung

www.h-och.ch/radiologie-nuklearmedizin

Dienstarzt Radiologie +41 71 494 66 22

Untersuchungsort

Kantonsspital St.Gallen

+41 71 494 66 66 / anmeldung.radiologie@h-och.ch

Ambulatorium Rorschach

+41 71 858 15 12 / anmeldung.radiologie@h-och.ch

Spital Grabs

+41 81 772 56 20 / radiologie.grabs@h-och.ch

Spital Altstätten

+41 71 757 43 80 / radiologie.altstaetten@h-och.ch

Spital Linth

+41 55 285 49 81 / radiologie.linth@h-och.ch

Spital Wil

+41 71 914 63 62 / radiologie.wil@h-och.ch

Ostschweizer Kinderspital

+41 71 243 75 42 / info.radiologie@kispsig.ch

Kt. Gesundheitszentrum Appenzell

+41 71 788 73 30 / la.av@gzai.ch

Spital Herisau

+41 71 353 24 28 / radiologie@svar.ch

Patient/in

Name

Strasse / Nr.

Vorname

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Telefon

Kostenträger

Krankenkasse

Unfallversicherung

Invalidenversicherung

Vers.-Nr.

Name der Versicherung

Unfalldatum

Arbeitgeber

Gewünschte Untersuchung

Klinische Angaben (max. 6 Zeilen)

Fragestellung

Termin

Wunschtermin:

Dringend

Termin bereits vereinbart auf:

Erforderliche Angaben

Kreatinin

($\mu\text{mol/l}$) oder Kreatininclearance

(ml/min) vom

(Datum)

Schwangerschaft bekannt

HIV / Hepatitis B / C

MRT

Schrittmacher / ICD

Neurostimulator / Neuromodulator

Insulinpumpe

Schmerzpumpe

Künstliche Herzklappe

Aneurysmaclip / Cochleaimplantat

Allergien / Besonderes

CT

Diabetes mellitus

Einnahme von Metformin

ja

nein

Hyperthyreose

Angiographie / Punktion / Drainage / Dilatation

Diabetes mellitus

Einnahme von Metformin

ja

nein

Hyperthyreose

Thrombozytenaggregationshemmer

Orale Antikoagulation

INR

Befundübermittlung

Gewünschte Befundübermittlung

HIN-eMail

Zuweiser/in (vollständige Adresse inkl. Telefon)

Brief

Telefonische Befundübermittlung an

Befundkopie an

Datum:

Auswärtige Vergleichsaufnahmen bitte mitgeben!