

MRI-Anmeldung

 Patient direkt aufbieten

Termin: _____ Uhrzeit: _____

Patientenangaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Tel. P.: _____ Mobile: _____

Allergien: _____ Schwangerschaft _____

Kreatinin: _____ $\mu\text{mol/l}$ Datum Kreatininbestimmung: _____ GFR: _____ ml/min/1,73 m² Blutentnahme im Spital Thusis Krankheit Unfall**Gewünschte Untersuchung:** Schädel HNO HWS obere Extremität Hals Abdomen BWS untere Extremität Becken LWS**Anamnese:****Fragestellung:****Nur für interne Zwecke:**

CT-Protokoll: _____

 Pat.-Aufnahme Abrechnung Übermittlung an KSGR Verantw. MTRA CT-Bilder an KSGR Verantw. Radiologe/in

Zuweisung durch: Name/Adresse/Tel/E-Mail:

 Bilder auf CD-Rom Befund + Bilder senden an HIN-E-Mail: