

Radiologie

Alte Strasse 31  
7430 Thusis  
SchweizT +41 81 632 25 40  
radiologie@spitalthusis.ch  
spitalthusis.ch

## Radiologie-Anmeldung

 Patient hat Termin  Patient bitte aufbieten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobile: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

KK/Mitglied-Nr.: \_\_\_\_\_

UVG/Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

 Unfall  Krankheit CT MR MR Durchführung unter iv-Sedation (Conscious oder Deep Sedation) gewünscht Röntgen

(für gesunde ASA I- und II-Patient:inne).

Untersuchungsregion: \_\_\_\_\_  links  rechts

Gewicht: \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_ Kreatinin: \_\_\_\_\_ µmol/l

Schwangerschaft ((Pflichtfeld) Antwortmöglichkeiten: ja, nein, unsicher): \_\_\_\_\_

Schilddrüsenüberfunktion:  ja  neinMetformin-Einnahme (Diabetes mellitus):  ja  nein → wenn ja, 48h vor Untersuchung absetzen!

Kontraindikationen MRI: Herzschrittmacher, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, Metallsplitter cerebrale Aneurysma-Clips

Klinischer Befund / Fragestellung (Blockschrift)

Allergien/Implantate/Medikamente: \_\_\_\_\_

Patient/-in hat Platzangst:  ja  nein

Befundkopie an: \_\_\_\_\_

Zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Dokumentation:**  Bilder auf CD brennen  Bilder per H-Net/ Medical Share senden  
 Bericht per E-Mail an Zuweiser sendenSenden Sie das Formular direkt per E-Mail an: [radiologie@spitalthusis.ch](mailto:radiologie@spitalthusis.ch)  
Sie erreichen uns auch telefonisch unter 081 632 25 40.