

CT-Anmeldung

 Patient direkt aufbieten

Termin: _____ Uhrzeit: _____

www.spitalthusis.ch
radiologie@spitalthusis.ch**Patientenangaben:**

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ Nr.: _____

PLZ/Ort: _____ Tel. _____ 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 Thorax HWS Becken Hals Abdomen BWS untere Extremität Thorax LE Uro LWS obere Extremitäten**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: