



Röntgen-Anmeldung

Spital Thusis
Radiologie
Alte Strasse 31

7430 Thusis
Tel.: 081 632 12 34

www.spitalthusis.ch
radiologie@spitalthusis.ch

Termin: _____

Uhrzeit: _____

Angaben zum/ zur Patient/in:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse/ Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Gewünschte Röntgenaufnahme:

Anamnese:

Fragestellung:

Zuweiserinformation: (Wichtig)

Praxis: _____

Arzt/ Ärztin: _____

Telefon: _____

Email: _____

Arztstempel/Unterschrift

Befundung:

- Befundung durch eine(n) Facharzt/ -ärztin am Spital Thusis
- Selbstbefundung durch den Zuweiser/ der Zuweiserin selbst

Dokumentation:

- Bilder als JPG an HIN-Adresse senden
- Bilder auf CD brennen