PATIENTENANMELDUNG

RADIOLOGIE STEPHANSHORN
BRAUERSTRASSE 95
CH-9016 ST. GALLEN

SEKRETARIAT T +41 71 282 75 57
SEKRETARIAT F +41 71 282 75 61

RADIOLOGIE.STEPHANSHORN@HIRSLANDEN.CH
WWW.HIRSLANDEN.CH

AUSKUNFT TAGESARZT RADIOLOGIE
T +41 71 282 79 79

HIRSLANDEN
KLINIK STEPHANSHORN

Adresse einweisende(r) Arzt/Ärztin:

☐ Patient/in aufbieten ☐ Patient/in meldet sich
Untersuchungstermin:

Name: Lediger Name:
Vorname: Geburtsdatum:
Strasse: Telefon:
PLZ/Ort:

Kostenträger (bitte ankreuzen)

☐ Krankenkasse ☐ Versicherung ☐ SUVA ☐ EMV ☐ IV

Genaue Bezeichnung und Adresse des Kostenträgers: Vers.-Nr.:

Arbeitgeber:

Klinischer Befund und Diagnose:

Fragestellung:

☐ Klaustrophobie
☐ Metallfremdkörper
☐ Schwangerschaft
☐ Allergien
☐ Hyperthyreose
☐ Diabetes
☐ Glucophage
☐ Antikoagulation
Akt. Kreatinin: µmol/l
☐ Cochleaimplantat
☐ Pacemaker
☐ Neurostimulator
☐ Insulinpumpe
☐ Schmerzpumpe

Gewünschte Untersuchung:

☐ **MRI**	☐ **konv. Röntgen**	☐ **Sonographie/Duplex**
☐ **MRI offenes System**	☐ **DSA-Angiographie/PTA**	☐ **KM-Passage**
☐ **CT/CT-Angiographie**	☐ **Periradiculäre Infiltration**	☐ **Phlebographie**
☐ **Mammographie**	☐ **FNP/Biopsie Organ:**	☐ **Anderes**
☐ **Komplexe Interventionen (nach Rücksprache)**		

Gewünschte Bilddokumentation: ☐ CD ☐ Filme ☐ Keine

☐ Bitte Bericht faxen an Fax-Nr.:

☐ Befundkopie an:

Rückruf ☐ nein ☐ ja Tel.-Nr.

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Radiologie Stephanshorn.