



Radiologie Anmeldung

Mo - Fr 08:00-17:00

Radiologie
Telefon 041 875 53 48
radiologie@ksuri.ch

Patientenangaben		
Name:	Vorname:	Geschlecht:
Strasse:	PLZ/Ort:	Geb. Datum:
Tel. Privat:	Natel:	Geschäft:
Versicherung:	Gesetz:	
Strasse:	Police-Nr:	
PLZ / Ort	Fall-Nummer:	Fall-Datum:

Untersuchung		
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> MRI
Mammographie		Mammasonographie
<input type="checkbox"/> diagnostisch		<input type="checkbox"/> diagnostisch
<input type="checkbox"/> präventiv		<input type="checkbox"/> präventiv

Gewünschte Körperregion	Schwangerschaft
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unsicher

Klinische Angaben (Anamnese, Status, Operationen, Labor, Therapie)	Allergien
	Kreatinin (Wichtig bei Kontrastmittelabgabe!) µmol / l
	INR (Wichtig bei CT-gesteuerter Punktion!)

Fragestellung

Wichtig bei MRI Untersuchung	Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Neurostimulator <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Metforminhaltige orale Antidiabetika	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Thyreostatika	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Medikamente zur Antikoagulation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche

Befundkopie an

Zuweiser	Adresse:	eMail:
		Tel.:
		Fax:
	Datum:	

Elektronische Übermittlung	
Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Kantonsspital Uri.	