

PATIENTENANMELDUNG

Prof. Dr. med. Walter Wiesner
Dr. med. Christian Strittmatter
PD Dr. med. Mazda Memarsadeghi
Dr. med. Urs Amsler
Dr. med. Philipp Lampe
Dr. med. Thu Nguyen
FMH Diagnostische Radiologie

Radiologie Gossau
Bahnhofstrasse 40
9200 Gossau

Patient/in: aufbieten meldet sich

Auskünfte: 071 886 18 18

Untersuchungstermin:

Name:

Vorname:

Strasse:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

PLZ/Ort: /

AHV-Nr.:

Telefon:

Kostenträger: Krankenkasse Versicherung SUVA EMV IV

Versicherung:

Vers. Nr.:

Arbeitgeber:

Frühere Röntgenuntersuchungen ?

- Klaustrophobie
 - Schwangerschaft
 - Allergien
 - Hyperthyreose
 - Diabetes
 - Metformin
 - Antikoagulation
 - Metall-Fremdkörper
 - Piercing
 - Pacemaker
 - Neurostimulator
 - Insulinpumpe
 - Schmerzpumpe
 - Cochleaimplantat
 - Niereninsuffizienz
- akt. Kreatinin µmol/l

Klinischer Befund und Diagnose:

Fragestellung:

Gewünschte Untersuchung:

- MR
- CT
- Röntgen
- Infiltration
- Anderes
- Mammographie
- Ultraschall
- Feinnadelpunktion
- KM-Passage

Bitte Bericht faxen an
Einsendender Arzt/Ärztin

Bitte Bericht per e-Mail an
Bitte Kopie an:

GLN:
Mail:

Tel:

GLN:
Mail:

Tel:

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Radiologie-Institut Gossau.