

# Radiologie - Anmeldung

[www.netzwerk-radiologie.ch](http://www.netzwerk-radiologie.ch) (Online-Anmeldeformular)

Dienstarzt Radiologie Tel +41 71 494 6622



Netzwerk  
Radiologie

## Untersuchungsort:

**Radiologie Kantonsspital St. Gallen**

T +41 71 494 6666 / anmeldung.radiologie@kssg.ch

**Radiologie Ambulatorium Rorschach**

T +41 71 494 6666 / anmeldung.radiologie@kssg.ch

**Radiologie Spital Rorschach**

T +41 71 858 1513 / radiologie.spitalrorschach@kssg.ch

**Radiologie Spital Flawil**

T +41 71 394 7270 / radiologie.spitalflawil@kssg.ch

**Radiologie Spital Grabs**

T +41 81 772 5620 / radiologie.grabs@srws.ch

**Radiologie Spital Altstätten**

T +41 71 757 4380 / radiologie.altstaetten@srws.ch

**Radiologie Spital Walenstadt**

T +41 81 736 1300 / radiologie.walenstadt@srws.ch

**Radiologie Ostschweizer Kinderspital**

T +41 71 243 7542 / info.radiologie@kispsig.ch

**Radiologie Spital Linth**

T +41 55 285 4981 / radiologie@spital-linth.ch

**Radiologie Spital Wattwil**

T +41 71 987 3210 / radiologie.wattwil@srft.ch

**Radiologie Spital Wil**

T +41 71 914 6362 / radiologie.wil@srft.ch

### Patient/in

Name \_\_\_\_\_ Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Krankheit Krankenvers. \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Unfall Unfallvers. \_\_\_\_\_ Schaden-Nr. \_\_\_\_\_ Unfalldat. \_\_\_\_\_

### Gewünschte Untersuchung

**Klinische Angaben** (max. 7 Zeilen)

### Fragestellung

**Termin**  Wunschtermin: \_\_\_\_\_  Dringend  Termin bereits vereinbart auf: \_\_\_\_\_

### Erforderliche Angaben

Kreatinin \_\_\_\_\_ ( µmol/l) oder Kreatininclearance: \_\_\_\_\_ (ml/min) vom \_\_\_\_\_ (Datum)

Schwangerschaft bekannt

HIV / Hepatitis B/C

#### MRT

Schrittmacher / ICD

Neurostimulator/Neuromodulator

Insulinpumpe

Schmerzpumpe

Künstliche Herzklappe

Aneurysmaclip/Cochleaimplantat

#### CT

Diabetes mellitus Einnahme von Metformin  ja  nein

Hyperthyreose

#### Angiographie/Punktion/Drainage/Dilatation

Diabetes mellitus Einnahme von Metformin  ja  nein

Hyperthyreose

Thrombozytenaggregationshemmer: \_\_\_\_\_

Orale Antikoagulation \_\_\_\_\_

INR \_\_\_\_\_

**Allergien / Besonderes:** \_\_\_\_\_

### Externe Zuweiser

Gewünschte Befundübermittlung

HIN-eMail \_\_\_\_\_  Brief

Telefonische Befundübermittlung an

\_\_\_\_\_

Befundkopie an

\_\_\_\_\_

**Auswärtige Vergleichsaufnahmen bitte wenn möglich mitgeben!**

Zuweiser / vollständige Adresse inkl. Telefon

Datum: \_\_\_\_\_