



KANTONSSPITAL SCHAFFHAUSEN

Akutmedizin und Geriatrie

Abteilung Radiologie

Computertomographie

Anmeldung:

Mo – Fr. 07.00 – 17.30

Tel: 052 634 22 22

Fax: 052 634 22 98

Name:

Vorname:

Geb. Dat.:

Strasse:

PLZ / Ort:

Tel. Nr. Privat:

G:

Arbeitgeber:

Garant:

ambulant

Sektion:

stationär

Gewünschte CT - Untersuchung:

Region:

Schädel / Hirn

Oberbauch

WS – Segmente:.....

NNH

Nieren

Hals

Unterbauch / Becken

Andere:.....

Thorax / Lunge

Extremitäten

Klinische Angaben / Diagnose:

Bisherige Therapie:

Fragestellung:

Früheres CT? ?

Nein Ja

Wo?.....

Diabetes?

Nein Ja

Allergien bekannt?

Nein Ja

Platzangst?

Nein Ja

Antikoagulation?

Nein Ja

Quick?.....%

Herzschrittm.

Nein Ja

Schwangerschaft?

Nein Ja

fraglich

Metallfremdkörp.

Nein Ja

Niereninsuffizienz?

Nein Ja

Kreatinin:.....

Zustand des Patienten:

gehfähig

Rollstuhl

liegend

Vereinbarter Termin:

durch uns anzubieten

Datum:.....

Zeit:.....

Dringlichkeit:

Notfall sofort

Heute noch

Routine

Bitte frühere Bilder mitbringen!

Datum, Stempel und Unterschrift des Zuweisers:

Bericht:

HIN-mail

Normal

telefonisch

Telefax

Bilder:

CD

Papier

Film

keine

Berichtskopie an:

Tel. Nr.: für Rückfragen:.....