



KANTONSSPITAL SCHAFFHAUSEN

Akutmedizin und Geriatrie

MRS AG

MRI

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 MR-Untersuchung:

Region:	<input type="radio"/> Schädel /Hirn	<input type="radio"/> Hypophyse	<input type="radio"/> Spinalkanal	<input type="radio"/> WS-Abschnitt.....
	<input type="radio"/> Knochenmark	<input type="radio"/> Hüftgelenk	<input type="radio"/> Kniegelenk	<input type="radio"/> Schultergelenk
	<input type="radio"/> Halsweichteile	<input type="radio"/> Aorta	<input type="radio"/> kleines Becken	<input type="radio"/>

Klinische Angaben / Diagnose:

Bisherige Therapie:

Fragestellung:

früheres MR?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	wo?.....	Diabetes?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Allergien bekannt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		Platzangst?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Antikoagulation?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Quick:.....%	Herzschrittm.	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Schwangerschaft?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> fraglich		Metallfremdkörp.	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
Niereninsuffizienz?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> 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

Berichtkopie an:

Tel. Nr.: für Rückfragen: