



KANTONSSPITAL SCHAFFHAUSEN

Akutmedizin und Geriatrie

Abteilung Radiologie

Röntgendiagnostik / Ultraschall

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 Untersuchung:

Klinische Angaben / Diagnose:

Bisherige Therapie:

Fragestellung:

Voruntersuchung? Nein Ja

Allergien bekannt? Nein Ja

Antikoagulation? Nein Ja

Schwangerschaft? Nein Ja

Niereninsuffizienz? Nein Ja

Quick:.....%

fraglich

Kreatinin:.....

Diabetes? Nein Ja

Platzangst? Nein Ja

Herzschrittm. Nein Ja

Metallfremdkörp. Nein Ja

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 u. Unterschrift des Zuweisers:

Bericht: HIN-mail Normal telefonisch Telefax

Bilder: CD Papier Film keine

Berichtskopie an:

Tel. Nr.: für Rückfragen: