



KANTONSSPITAL SCHAFFHAUSEN

Akutmedizin und Geriatrie

Abteilung Radiologie

Nuklearmedizin

Anmeldung:

Mo – Fr. 07.30 – 16.00

Tel: 052 634 22 50

Sucher: 8-250

Fax: 052 634 22 98

Name:

Vorname:

Geb. Dat.:

Strasse:

PLZ / Ort:

Tel. Nr. Privat:

G:

Arbeitgeber:

Garant:

ambulant

Sektion:

stationär

Gewünschte Szintigraphie:

Region:

Ganzkörper - Skelett

Hirn

Herz

3 - Phasen - Skelett

Lungen

Nieren

Region:.....

Leber / Gallengänge

Schilddrüse

Andere:.....

Klinische Angaben / Diagnose:

Bisherige Therapie:

Fragestellung:

Frühere Szintigraphie ?

Nein Ja

Schwangerschaft

Nein Ja

fraglich

Herzschritmacher?

Nein Ja

Metallfremdkörp.?

Nein Ja

Bitte leer lassen

Zustand des Patienten:

gehfähig

Rollstuhl

liegend

Vereinbarter Termin:

Datum:.....

Zeit:.....

durch uns anzubieten

Dringlichkeit:

Notfall sofort

heute noch

Routine

Bitte aktuelle Röntgenbilder mitbringen

Datum, Stempel und Unterschrift des Zuweisers:

Bericht: HIN-mail Normal telefonisch Telefax

Bilder: CD Papier Film keine

Berichtskopie an:

ZL-Nr.: 57.3001 / Original: Druckerei (2834)

Tel. Nr. für Rückfragen:.....