

Radiologie

Email: radiologie@ksnw.ch
Tel: 041 618 17 61
Fax: 041 618 17 69

Anmeldung Radiologie

Anmeldung

Diagnostik
Ultraschall
CT
MR

Tel: 041 618 17 61
Fax: 041 618 17 69

www.ksnw.ch

Name/Vorname/Geb.-Datum/Adresse

① Patient

	Untersuchungsdatum: <input type="checkbox"/> bitte Patient aufbieten	Zeit:
Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Allergien:	

Gewünschte Untersuchung:	
Klinische Angaben Kreatinin: ____ µmol/l Quick: ____%	
Fragestellung	
Laborwerte: Untersuchungen mit i.v. KM brauchen einen aktuellen Kreatinin-Wert (nicht älter als 2 Wochen) Norm: w<84 µmol, m<104 µmol Biopsien und Angiographien: Quick-Wert (nicht älter als 2 Wochen) Norm: >50%	

Zuweisender Arzt: ①/Sucher Datum: Befundkopie an: <input type="checkbox"/> Befund ohne Bilder	Interne Notizen:	
	MTRA:	Radiologe: