Radiologie – Anmeldung

www.h-och.ch/radiologie-nuklearmedizin
Dienstarzt Radiologie +41 71 494 66 22

hoch Health Ostschweiz

Untersuchungsort

- ☐ **Kantonsspital St.Gallen**
  +41 71 494 66 66 / anmeldung.radiologie@h-och.ch
- ☐ **Ambi Altstätten**
  +41 71 757 43 80 / radiologie.altstaetten@h-och.ch
- ☐ **Ostschweizer Kinderspital**
  +41 71 494 66 99 / kinderradiologie@h-och.ch
- ☐ **Ambulatorium Rorschach**
  +41 71 858 15 12 / anmeldung.radiologie@h-och.ch
- ☐ **Spital Linth**
  +41 55 285 49 81 / radiologie.linth@h-och.ch
- ☐ **Kt. Gesundheitszentrum Appenzell**
  +41 71 788 73 30 / gesundheitspraxis@gzai.ch
- ☐ **Spital Grabs**
  +41 81 772 56 20 / radiologie.grabs@h-och.ch
- ☐ **Spital Wil**
  +41 71 914 63 62 / radiologie.wil@h-och.ch
- ☐ **Spital Herisau**
  +41 71 353 24 28 / radiologie@svar.ch

Patient/in

Name | Strasse / Nr.
Vorname | PLZ / Ort
Geburtsdatum | Telefon
Kostenträger ☐ Krankenkasse ☐ Unfallversicherung ☐ Invalidenversicherung | Vers.-Nr.
Name der Versicherung | Unfalldatum | Arbeitgeber

Gewünschte Untersuchung

Klinische Angaben (max. 6 Zeilen)

Fragestellung

Termin ☐ Wunschtermin: ☐ Dringend ☐ Termin bereits vereinbart auf:

Erforderliche Angaben

Kreatinin (µmol/l) oder Kreatininclearance (ml/min) vom (Datum)

- ☐ Schwangerschaft bekannt
- ☐ HIV / Hepatitis B / C

MRT

- ☐ Schrittmacher / ICD
- ☐ Neurostimulator / Neuromodulator
- ☐ Insulinpumpe
- ☐ Schmerzpumpe
- ☐ Künstliche Herzklappe
- ☐ Aneurysmaclip / Cochleaimplantat

CT

- ☐ Diabetes mellitus — Einnahme von Metformin ☐ ja ☐ nein
- ☐ Hyperthyreose

Angiographie / Punktion / Drainage / Dilatation

- ☐ Diabetes mellitus — Einnahme von Metformin ☐ ja ☐ nein
- ☐ Hyperthyreose
- ☐ Thrombozytenaggregationshemmer
- ☐ Orale Antikoagulation
- ☐ INR

Allergien / Besonderes

Befundübermittlung

Gewünschte Befundübermittlung
☐ HIN-eMail ☐ Brief

Telefonische Befundübermittlung an
☐

Befundkopie an
☐

Zuweiser/in (vollständige Adresse inkl. Telefon)

Datum:

Auswärtige Vergleichsaufnahmen bitte mitgeben!