

Regionalspital Surselva AG

Anmeldung CT

Mo - Fr 08:00 - 16:45 Uhr

Anmeldung 081 926 51 04

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse, Ort:

Telefon:

Mail:

Versicherer:

Krankheit Unfall

Gewünschte Untersuchung:

Klinische Angaben (Anamnese, Status, Operationen, Labor, Therapie):

Vom Röntgeninstitut aufzubieten
(bei ambulanten Patient*innen)

ja nein

Termin am:

Bilder erwünscht:

ja nein

Befundkopie an:

Schwangerschaft:

ja nein unsicher

Antikoaguliert:

ja nein

Grösse:

Gewicht:

Kontrastmittel Allergie:

ja nein

Zuweisender Arzt/Ärztin:

Adresse / Spital:

Telefon:

Datum/Signatur: