Nuklearmedizin – Anmeldung

www.h-och.ch/radiologie-nuklearmedizin
Prof. Dr. med. Dr. phil. F. Forrer
Leiter Nuklearmedizin

hoch Health Ostschweiz

Untersuchungsort

☐ **Nuklearmedizin Kantonsspital St. Gallen**
+41 71 494 22 84 / nuklearmedizin@h-och.ch

Patient/in

Name _____ Strasse / Nr. _____

Vorname _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon I _____

Kostenträger ☐ Krankenkasse ☐ Unfallversicherung ☐ Invalidenversicherung Vers.-Nr. _____

Name der Versicherung _____ Unfalldatum _____ Arbeitgeber _____

Gewünschte Untersuchung

Klinische Angaben

Fragestellung

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

Spezielle Angaben

Schwangerschaft ☐ ja ☐ nein
☐ unbekannt

Allergien / Besonderes

Befundübermittlung

Gewünschte Befundübermittlung

☐ HIN-eMail _____ ☐ Brief

Telefonische Befundübermittlung an

☐ _____

Befundkopie an

☐ _____

Angaben Zuweiser/in (vollständige Adresse inkl. Telefon)

Datum: _____

Auswärtige Vergleichsaufnahmen bitte mitgeben!