

Regionalspital Surselva AG

Anmeldung MRI

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

Grösse:

Gewicht:

Fragestellung:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Klaustrophobie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metallteile (Prothesen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metallsplitter im Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehörimplantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antikoaguliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zuweisender Arzt/Ärztin:

Adresse / Spital:

Telefon:

Datum/Signatur: