

## Regionalspital Surselva AG

☐ **Anmeldung Röntgen**

☐ **Anmeldung DEXA**

Mo - Fr 08:00 – 16:45 Uhr

Anmeldung 081 926 51 04

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse, Ort:

Telefon:

E-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:**

**Zuweisender Arzt/Ärztin:**

**Adresse / Spital:**

**Telefon:**

**Datum/Signatur:**