



**PATIENTENANMELDUNG
GEFÄSSINTERVENTION UND ANGIOGRAPHIE**

Patient/in aufbieten meldet sich

Untersuchungstermin:

Familienname:

lediger Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

PLZ/Ort:

Kostenträger:

Krankenkasse

Versicherung

SUVA

EMV

IV

Genauere Bezeichnung der Adresse der
Kasse/Versicherung:

Vers. Nr.:

Arbeitgeber:

Frühere Röntgenuntersuchungen?
Klinischer Befund und Diagnose:

Niereninsuffizienz
akt. Kreatinin
Quick
Schwangerschaft/Stillen
Allergien
Hyperthyreose
Diabetes
Metformin
Antikoagulation

Fragestellung:

Gewünschte Untersuchung:

Gefässintervention (PTA)

Angiographie (DAS)

Bitte Bericht faxen an Fax-Nr.:

Bitte Bericht per E-Mail an:

Bilder per H-Net an:

Bilder auf CD-Rom

Keine Bilder erwünscht

Bitte Kopie an:

Datum:

Stempel und Unterschrift:

Name des Zuweisers



**Spital Herisau
Appenzell Ausserrhoden**

Spitalverbund

Spital Herisau
Interventionelle Radiologie
Spitalstrasse 6
9100 Herisau
Tel. 071 353 24 20
thorsten.ottilinger@kssg.ch

**AUSZUFÜLLEN DURCH
LEITENDEN ARZT INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE**

Anweisungen:



**AUSZUFÜLLEN DURCH
TEAMLEITUNG RADIOLOGIE**

Laufzettel/PTA

Datum:

Eintrittszeit TK:

ca. Zeitpunkt PTA:

nötige Blutwerte:
