

RIWAG RIWAG

Radiologisches Institut Weinfelden
Ein Unternehmen der Spital Thurgau AG

Name/Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Strasse: _____ Wohnort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Krankenkasse/Sektion: _____ Unvfallvers./Ort: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Klinische Angaben / Fragestellung:

Gewünschte Untersuchung:

- Konv. Röntgen
- Ultraschall
- Mammographie
- MRI > aktueller KREATININ-WERT:

Gewünschte Untersuchungsregion:

Bilder zusenden ja nein

CD ja nein

Patientin/en aufbieten ja nein

VORAUFNAHMEN BITTE MITGEBEN

Bereits vereinbarter Termin: _____

Kopie an: _____

Unterschrift der Ärztin/des Arztes: