

**Anmeldung für Zuweiser an Kantonsspital Winterthur****Patient**

Name	Telefon P.
Vorname	Telefon G.
Strasse, Nr.	Mobile
PLZ, Ort	E-Mail
Geburtsdatum	Geschlecht
Bei Kindern:    Name Mutter	Name Vater

**Kostenträger**

Versicherung	Vers.-Nr.
--------------	-----------

<b>Bei Unfall:</b> AHV-Nr	Unfalldatum	Unfall-Nr.
Arbeitgeber		

**Gewünschte Untersuchungstechnik**

- Konventionelles Röntgen und Durchleuchtung
- Mammographie
- Interventionelle Radiologie
- Ultraschall
- Computertomographie
- Magnetresonanztomographie
- Nuklearmedizin / PET-CT

**Telefon**

052 266 26 04  
052 266 26 04  
052 266 26 22  
052 266 26 04  
052 266 26 04  
052 266 46 01  
052 266 26 32

**Fax**

052 266 47 15  
052 266 47 15  
052 266 47 15  
052 266 47 15  
052 266 47 15  
052 266 46 03  
052 266 45 22

**E-Mail**

roe@ksw.ch  
roe@ksw.ch  
angio@ksw.ch  
roe@ksw.ch  
roe@ksw.ch  
mri@ksw.ch  
nuk@ksw.ch

**Gewünschte Untersuchung****Klinischer Befund oder Diagnose****Fragestellung****Allergien und/oder Spezielles**

- Bekannte schwere Niereninsuffizienz
- Bekannte (latente) Hyperthyr. oder Schilddrüsen-Neoplasie

**Gewünschter Untersuchungstermin**

- Bitte Patient direkt aufbieten

**Gewünschte Übermittlungsart des Befundes**

- Per Briefpost
- Per E-Mail (nur HIN-geschützt)
- Per Fax

**Gewünschte Dokumentationsart**(Bilder werden für registrierte Zuweiser automatisch auf das Bildportal der Radiologie geladen, siehe [ksw.ch/bildportal](http://ksw.ch/bildportal))

- Keine Dokumentation
- Dokumentation auf CD

**Befundkopie an****Zuweiser**

Tel.	Fax
GLN	ZSR
Mail	

Datum  
Unterschrift

# Standort



## Kantonsspital Winterthur

Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin  
Brauerstrasse 15  
8400 Winterthur

**Stadtbus:** ab Winterthur Nr. 3 / 10 bis Spital

**Auto:** gebührenpflichtiges Parkhaus **Siehe**  
auch: [ksw.ch/aufenthalt-besuch/anreise](https://www.ksw.ch/aufenthalt-besuch/anreise)