

Anmeldung für radiologische Untersuchungen und Interventionen

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie (DIR)
www.radiologie.usz.ch

- Bilddiagnostik Wollishofen
 Campus / Circle USZ /Rehaklinik Bellikon
 Möglichst Wohnortnahe

Bilddiagnostik Wollishofen

Seestrasse 323a
8038 Zürich

Tel. +41 43 / 254 10 70

Fax. +41 43 / 254 10 80

bilddiagnostik.wollishofen@usz.ch

Campus/Circle USZ/RKB

Rämistrasse 100
8091 Zürich

Tel. +41 43 / 254 41 10

Fax. +41 43 / 255 18 19

radiologie@usz.ch

Personalien:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Tel.-Nr.:

Krankenkasse:

Sektion:

Gewünschte Untersuchung:

- Problembasierte Untersuchung/Modalität durch Radiologen**

Konventionelle Radiologie

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schädel | <input type="checkbox"/> Hand |
| <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Handgelenk |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Beckenübersicht |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule: HWS, BWS, LWS | <input type="checkbox"/> Hüfte |
| <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> Knie |
| <input type="checkbox"/> Ellbogen | <input type="checkbox"/> OSG |
| <input type="checkbox"/> Andere: | <input type="checkbox"/> Fuss |

Mammadiagnostik

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> US-Mamma |
| <input type="checkbox"/> MR-Mamma | |

Computertomographie (CT)

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schädel | <input type="checkbox"/> Felsenbein |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Oberbauch |
| <input type="checkbox"/> Becken | <input type="checkbox"/> Infiltration |
| <input type="checkbox"/> Angiographie | <input type="checkbox"/> Andere: |

Magnetresonanztomographie (MR)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopf/Gehirn | <input type="checkbox"/> Ganzkörper/Myopathie |
| <input type="checkbox"/> Neurographie | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Schulter |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Knie |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Handgelenk |
| <input type="checkbox"/> MRCP | <input type="checkbox"/> Extremitäten |
| <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Beckenmessung |
| <input type="checkbox"/> Defäkographie | <input type="checkbox"/> Angiographie |
| <input type="checkbox"/> Mamma | <input type="checkbox"/> Andere: |

Ultraschall (US)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Mamma | <input type="checkbox"/> Lymphknoten |
| <input type="checkbox"/> Duplex Niere | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Duplex Gefässe | <input type="checkbox"/> Weichteile |
| <input type="checkbox"/> Andere | <input type="checkbox"/> Pleura |

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Befundung durch:

- Organspezialist
 Andere:

Bekannte Allergien: _____

Schwangerschaft: ja nein

Kreatinin/GFR:

Implantate (Schrittmacher, ICD, Cochlea-Implantat): ja nein

Typ/Hersteller: _____

Für Interventionen:

Quick: _____ Thrombozytenzahl: _____

Angemeldet für

Datum:

Zeit:

- durch DIR anzubieten

Auftraggeber/-in:

Unterschrift/Stempel:

Befundkopie an:

Bilddokumentation mittels

- CD Schriftlicher Befund, ohne Bilddokumentation