

Anmeldung für radiologische Untersuchungen und Interventionen

Rehaklinik Bellikon - Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie (DIR)

Radiologie Rehaklinik Bellikon

Bereitgestellt durch das UniversitätsSpital Zürich

Radiologie Rehaklinik Bellikon (RKB)

Etage -1, Korridor K14

Mutschellenstrasse 2

5454 Bellikon

Anmeldung:

Tel. 056 / 485 53 18

Email: radiologie@rehabellikon.ch

Internet: www.usz.ch/rehaklinik-bellikon/

Klinische Angaben:

Patient / Patientin:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Tel.-Nr.:

Krankenkasse:

Sektion:

Fragestellung:

Gewünschte Untersuchung:

Konventionelle Radiologie

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

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"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Neurographie |
| <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"/> Pleura | <input type="checkbox"/> Andere: |

Befundung durch:

- Herr PD Dr. Tim Finkenstädt (Neuro/Muskuloskeletal)
- Frau Prof. Dr. Marga Rominger (Sonographie/Abdomen)
- Herr Prof. Dr. Thomas Frauenfelder (Thorax)
- Frau PD. Dr. Cäcilia Reiner (Abdomen/Urogenital)
- 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 Radiologie Bellikon aufzubieten

Auftraggeber/-in:

Unterschrift/Stempel:

Befundkopie an:

Bilddokumentation via:

CD Online-PACS Zugang Nur schriftlicher Befund