

Anmeldung für radiologische Untersuchungen und Interventionen

Institut für Radiologie

1. Gewünschte Untersuchung

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Untersuchung an.

Institution	KSB Baden	KSB City	KSB Brugg	Ärztezen- trum Lim- matfeld	Asana Spital Leuggern
1. MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Konventionelles Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durchleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ultraschall/Duplex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mammadiagnostik <input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Mamma-Intervention (FNP, US-Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Interventionelle Radiologie (z.B. PTA, Embolisation, Ablation, Biopsie, Drainage, Sprechstunde)	<input type="checkbox"/>				
8. Interventionelle Schmerz- therapie (CT-gesteuerte Infiltrationen, Plexus Block, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. DEXA (nur Untersuchung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. DEXA mit Osteoporose- Sprechstunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Bitte um Vorschlag bezüglich geeignetem bildgebenden Verfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Aufgebot

- ☐ Notfall (Termine nur nach telefonischer Vereinbarung)
☐ Dringend (3-4 Arbeitstage) ☐ Nicht dringend
☐ Patient/Patientin hat bereits einen Termin erhalten am _____

Institut für Radiologie
Sekretariat
Direkt +41 56 486 38 30
anmeldung.radiologie@ksb.ch

KSB City
Sekretariat Radiologie
Direkt +41 56 486 11 76
radiologie.city@ksb.ch
www.ksb.ch/city

KSB Brugg
Sekretariat Radiologie
Direkt +41 56 486 34 01
radiologie.brugg@ksb.ch
www.ksb.ch/brugg

Ärztezentrum Limmatfeld
Sekretariat Radiologie
Direkt +41 44 745 17 90
radiologie@azlf.ch
www.azlf.ch

Asana Spital Leuggern
Sekretariat Radiologie
Direkt +41 56 486 18 00
radiologie-leuggern@ksb.ch
www.spitalleuggern.ch

3. Personalien

Vorname, Name

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ weiblich

☐ männlich

☐ divers

Wohnadresse

Telefonnummer

4. Medizinische Angaben

Körperregion

ICD-10-Code

Diagnose/Fragestellung

5. Allgemeine Infos

Schwangerschaft

☐ nein

☐ ja

Bei KM-Gabe

☐ aktueller Kreatininwert/Clearance

☐ Entnahmedatum

Allergien

☐ nein

☐ ja, welche?

Bei Interventionen

☐ Quick, INR und Thrombozyten

☐ Entnahmedatum (nicht älter als 4 Wochen)

Bei MRI

☐ Implantate

☐ Herzschrittmacher

(OP-Bericht/Implantatausweis
mitsenden erforderlich!)

Nachbehandelnder Arzt

Befundkopie an

Vorausnahmen der zu untersuchenden Region

☐ nein

☐ ja

Falls ja, wo?

Datum

6. Unterschrift

Unterschrift Arzt

Datum

Stempel