

# 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	Ärztezentrum Limmatfeld	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 Schmerztherapie (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. DEXA-Ganzkörpermessung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bitte um Vorschlag bezüglich geeignetem bildgebenden Verfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Institut für Radiologie**  
Sekretariat  
Direkt +41 56 486 38 30  
[anmeldung.radiologie@ksb.ch](mailto:anmeldung.radiologie@ksb.ch)

**KSB City**  
Sekretariat Radiologie  
Direkt +41 56 486 11 76  
[radiologie.city@ksb.ch](mailto:radiologie.city@ksb.ch)  
[www.ksb.ch/city](http://www.ksb.ch/city)

**KSB Brugg**  
Sekretariat Radiologie  
Direkt +41 56 486 34 01  
[radiologie.brugg@ksb.ch](mailto:radiologie.brugg@ksb.ch)  
[www.ksb.ch/brugg](http://www.ksb.ch/brugg)

**Ärztezentrum Limmatfeld**  
Sekretariat Radiologie  
Direkt +41 44 745 17 90  
[radiologie@azlf.ch](mailto:radiologie@azlf.ch)  
[www.azlf.ch](http://www.azlf.ch)

**Asana Spital Leuggern**  
Sekretariat Radiologie  
Direkt +41 56 486 18 00  
[radiologie-leuggern@ksb.ch](mailto:radiologie-leuggern@ksb.ch)  
[www.spitalleuggern.ch](http://www.spitalleuggern.ch)

### 2. Aufgebot

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

### 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

---