

Anmeldung für radiologische Untersuchungen und Interventionen

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie (DIR)



UniversitätsSpital Zürich

www.radiologie.usz.ch

Rämistrasse 100, 8091 Zürich

Anmeldung Disposition
Mo. – Fr. 07:30 – 18:00 Uhr
radiologie@usz.ch

Tel. +41 44 / 255 18 18
FAX. +41 44 / 255 18 19

Personalien:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
PLZ / Wohnort: _____
Tel.-Nr.: _____
Krankenkasse: _____ Sektion: _____

Gewünschte Untersuchung:

Konventionelle Radiologie

Patienteninformation: [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

Patienteninformation: [Mammographie](#)

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> US-Mamma |
| <input type="checkbox"/> ABUS (3D-Ultraschall) | <input type="checkbox"/> MR-Mamma |
| <input type="checkbox"/> NEU: Brust-CT | |

Katheterangiographie/Interventionen

Patienteninformation: [Interventionelle Radiologie](#)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angiographie | <input type="checkbox"/> PTA |
| <input type="checkbox"/> Embolisation | <input type="checkbox"/> Drainage |
| <input type="checkbox"/> FNP / Biopsie | <input type="checkbox"/> Radiofrequenzablation |
| <input type="checkbox"/> Andere: | <input type="checkbox"/> Konsultation / Aufklärung |

Computertomographie (CT)

Patienteninformation: [Computertomographie](#)

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Herz-CT | <input type="checkbox"/> Angiographie |
| <input type="checkbox"/> Oberbauch | <input type="checkbox"/> FNP / Biopsie |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Drainage |
| <input type="checkbox"/> Becken | <input type="checkbox"/> Infiltration |
| <input type="checkbox"/> Andere: | <input type="checkbox"/> Zweitbefundung |

Magnetresonanztomographie (MR)

Patienteninformation: [Magnetresonanztomographie](#)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Herz | <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"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> Zweitbefundung |
| <input type="checkbox"/> Neurographie | <input type="checkbox"/> Andere: |

Ultraschall (US)

Patienteninformation: [Ultraschall](#)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> FNP/Biopsie | <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:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Herr Prof. Dr. Alkadhi (Cardiovask) |
| <input type="checkbox"/> Herr Prof. Dr. Boss (Mamma) |
| <input type="checkbox"/> Herr Prof. Dr. Frauenfelder (Thorax) |
| <input type="checkbox"/> Frau PD Dr. Reiner (Abdomen) |
| <input type="checkbox"/> Herr PD Dr. Donati (Urogenital) |
| <input type="checkbox"/> Herr PD Dr. Guggenberger (MSK) |
| <input type="checkbox"/> Herr PD Dr. Manka (Herz-MR) |
| <input type="checkbox"/> Andere/egal: |

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 das DIR anzubieten

Auftraggeber/-in:

Unterschrift/Stempel: _____

Befundkopie an:

Bilddokumentation mittels

CD Schriftlicher Befund, ohne Bilddokumentation