

Anmeldung für radiologische Untersuchungen und Interventionen

USZ Universitäts
Spital Zürich

Institut für Diagnostische
und Interventionelle Radiologie (DIR)

Rämistrasse 100, 8091 Zürich
www.radiologie.usz.ch

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

Tel. +41 43 254 41 10
Fax: +41 44 255 18 19

Personalien:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ / Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Sektion: _____

Klinische Angaben:

Fragestellung:

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:

Name / Vorname: _____
Unterschrift / Stempel: _____

Gewünschte Untersuchung: Bitte kreuzen Sie an, falls Sie die
Befundung durch einen Fachexperten
wünschen!

konventionelle Radiologie

Befundung durch: Prof. Dr. Thomas Frauenfelder (Thorax)
egal

- | | |
|---|--|
| <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 |

Mammographie

Befundung durch: Prof. Dr. Dr. Andreas Boss (Mamma)
Prof. Dr. Thomas Frauenfelder (Thorax)
egal

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <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

Durchführung durch: Prof. Dr. Thomas Pfammatter (IR)
egal

- | | |
|--|--|
| <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)

Befundung durch: Prof. Dr. Hatem Alkadhi (Cardiovask)
Prof. Dr. Thomas Frauenfelder (Thorax)
egal

- | | |
|------------------------------------|---|
| <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 (MRT)

Befundung durch: PD Dr. Roman Guggenberger (MSK)
PD Dr. Cäcilia Reiner (Abdomen)
PD Dr. Olivio Donati (Urogenital)
egal

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> Abdomen |
| <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> NEU: Neurographie |
| <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"/> Andere: | |

MR-Herz

Befundung durch: PD Dr. Robert Manka (Cardiac-MR)
egal

MR-Herz

Ultraschall (US)

Befundung durch: Prof. Dr. Marga Rominger (US)
egal

- | | |
|---|---|
| <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"/> Duplex Gefässe |
| <input type="checkbox"/> Andere | <input type="checkbox"/> Pleura |

Befundkopie an:

Name / Vorname: _____
Adresse: _____