Kantonsspital Aarau
Institut für Radiologie
Tellstrasse, CH-5001 Aarau

Tel. +41 (0)62 838 52 01
Fax +41 (0)62 838 48 28
Email: radiologie@ksa.ch
www.ksa.ch/radiologie

Bei Notfällen nach 17.00 Uhr und am Wochenende Tel. an 062 838 41 41.

Kantonsspital Aarau AG
Tellstrasse 25, CH-5001 Aarau
Tel. +41 (0)62 838 41 41
www.ksa.ch

Bereich Zentrale Medizinische Dienste
Institut für Radiologie
Prof. Dr. med. Sebastian Schindera
Institutsleiter & Chefarzt

Anmeldung zur Untersuchung

Name, Vorname:

Geburtsdatum: ☐ männl. ☐ weibl.

Adresse:

Tel. Privat:

Handy:

E-Mail:

Dringlichkeit: ☐ Notfall (heute), ☐ sobald wie möglich, ☐ nicht dringend

Wunschdatum:

nicht möglich am:

1. Gewünschte Untersuchung:

☐ konv. Röntgen & DL ☐ Mammographie inkl. Mammasonographie
☐ Ultraschall / Duplex ☐ CT ☐ MR
☐ Angiographie ☐ Intervention / Biopsie / Schmerztherapie

Gewünschte Körperregion, sonstige Untersuchungen: ☐ re ☐ li

2. Klinische Angaben: (Anamnese, Operation, Labor, ggf. Therapie)

3. Fragestellung/Verdachtsdiagnose:

Bitte zwingend ausfüllen:

☐ **UVG**

☐ **KVG**

4. Notwendige Angaben:

Schwangerschaft:
☐ ja ☐ nein

für KM-Untersuchungen:

KM-Allergie? ☐ ja ☐ nein
Niereninsuffizienz? ☐ ja ☐ nein
SD-Überfunktion? ☐ ja ☐ nein
Biguanid-Medikation? ☐ ja ☐ nein
Kreatinin-Wert: vom:
GFR-Wert: vom:

für MR-Untersuchung:

Herzschrittmacher/Herzklappe? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, Typ:.
-> MR-tauglich? ☐ ja ☐ nein
Metallimplantate? ☐ ja ☐ nein
Metallclips/Splitter? ☐ ja ☐ nein
Gehörimplantat? ☐ ja ☐ nein
Platzangst? ☐ ja ☐ nein
Kind zur Sedation? ☐ ja ☐ nein
Grösse: Gewicht:

für Interventionen:

Quick: Tc:
OAK? ☐ ja ☐ nein

5. Voruntersuchungen bitte mitgeben:

☐ keine ☐ beiliegend ☐ bringt Patient mit ☐ vorhanden bei Praxis / Institut

6. Befundkopie an:

7. Zuweisender Arzt / Zuweisendes Spital: (Stempel)

Name:
Adresse/ Telefon:

Datum/Unterschrift:

per E-Mail senden | Drucken