



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

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

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

Anmeldung zur Untersuchung

<p>Name, Vorname:</p> <p>Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.</p> <p>Adresse:</p> <p>Tel. Privat:</p> <p>Handy:</p> <p>E-Mail:</p> <hr/> <p>Dringlichkeit:</p> <p style="text-align: center;">Notfall (heute) dringend (in den nächsten Tagen) nicht dringend</p> <p>Wunschdatum:</p> <hr/> <p>1. Gewünschte Untersuchung:</p> <p><input type="checkbox"/> konv. Röntgen & DL <input type="checkbox"/> Mammographie inkl. Mammasonographie</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschall / Duplex <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR</p> <p><input type="checkbox"/> Angiographie Intervention / Biopsie / Schmerztherapie</p> <p>Gewünschte Körperregion, sonstige Untersuchungen: <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li</p> <hr/> <p>2. Klinische Angaben: (Anamnese, Operation, Labor, ggf. Therapie)</p> <hr/> <p>3. Fragestellung/Verdachtsdiagnose:</p>	<p style="color: red;">Bitte zwingend ausfüllen:</p> <p style="text-align: center;">UVG</p> <p style="text-align: center;">KVG</p> <hr/> <p>4. Notwendige Angaben:</p> <p>Schwangerschaft:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>für KM-Untersuchungen:</p> <p>KM-Allergie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Niereninsuffizienz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>SD-Überfunktion? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Biguanid-Medikation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Kreatinin-Wert:..... vom:.....</p> <p>GFR-Wert:..... vom:.....</p> <p>für MR-Untersuchung:</p> <p>Herzschrittmacher/Herzklappe?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, Typ:.....</p> <p style="padding-left: 20px;">-> MR-tauglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Metallimplantate? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Metallclips/Splitter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Gehörimplantat? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Platzangst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Kind zur Sedation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Grösse: Gewicht:</p> <p>für Interventionen:</p> <p>Quick: Tc:</p> <p>OAK? ja nein</p>
<p>5. Voruntersuchungen bitte mitgeben:</p> <p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beiliegend <input type="checkbox"/> bringt Patient mit <input type="checkbox"/> vorhanden bei Praxis / Institut</p>	
<p>6. Befundkopie an:</p>	
<p>7. Zuweisender Arzt / Zuweisendes Spital: (Stempel)</p> <p>Name:</p> <p>Adresse/ Telefon:</p> <p>Datum/Unterschrift:</p>	