



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><b>Name, Vorname:</b></p> <p><b>Geburtsdatum:</b> <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.</p> <p><b>Adresse:</b></p> <p><b>Tel. Privat:</b></p> <p><b>Handy:</b></p> <p><b>E-Mail:</b></p> <hr/> <p><b>Dringlichkeit:</b></p> <p style="text-align: center;">Notfall (heute)    dringend (in den nächsten Tagen)    nicht dringend</p> <p>Wunschdatum:</p> <hr/> <p><b>1. Gewünschte Untersuchung:</b></p> <p><input type="checkbox"/> konv. Röntgen &amp; 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><b>2. Klinische Angaben:</b> (Anamnese, Operation, Labor, ggf. Therapie)</p> <hr/> <p><b>3. Fragestellung/Verdachtsdiagnose:</b></p>	<p style="color: red;"><b>Bitte zwingend ausfüllen:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>UVG</b></p> <p style="text-align: center;"><b>KVG</b></p> <hr/> <p><b>4. Notwendige Angaben:</b></p> <p><b>Schwangerschaft:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>für KM-Untersuchungen:</b></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><b>für MR-Untersuchung:</b></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;">-&gt; 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><b>für Interventionen:</b></p> <p>Quick:                                      Tc:</p> <p>OAK?                                      ja                      nein</p>
<p><b>5. Voruntersuchungen bitte mitgeben:</b></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><b>6. Befundkopie an:</b></p>	
<p><b>7. Zuweisender Arzt / Zuweisendes Spital: (Stempel)</b></p> <p>Name:</p> <p>Adresse/ Telefon:</p> <p>Datum/Unterschrift:</p>	