

Abteilung:
Telefon-Nr.:

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

BILDDIAGNOSTIK
Radiologie / Neuroradiologie /
Interventionelle Radiologie

Röntgen (Rö)	Tel.: +41 44 266 7500	Fax: +41 44 266 7158
Ultraschall (US)	“	“
Computer-Tomographie (CT)	“ 7059	“
Szintigraphie (USZ)	“ 7746	“
Magnetresonanz (MR) (direkt)	“ 7746	Fax: +41 44266 7158

Frühere Untersuchungen im Kinderspital: ja nein
Auswärtige Bilddokumente ja nein

Art / Datum:

<input type="checkbox"/> Medizin	<input type="checkbox"/> Stationär
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Poliklinik _____ (Spezialbezeichnung)
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Ambulant
<input type="checkbox"/> Wissenschaftlich	<input type="checkbox"/> Notfall

Zuweisung:

Arzt / Abteilung

Telefon / Sucher:

Gewünschte Untersuchung:

Datum: _____

- erwünscht
 verabredet
 Eltern melden sich

Anamnese (Neugeborene mit Geburtsstunde)

Klinische Angaben:

Klinische Diagnose:

Fragestellung:

Anzahl Untersuchungen:
Anzahl Filme:
Durchleuchtungszeit:

Kontrastmittel
Art:
Menge:

MTRA (Initialen):

Arzt (Initialen):

Bemerkungen:

Notwendige Zusatzinformation:

Für Jede **Spezialuntersuchung:**

(MR, CT, Röntgen mit Kontrastmittel)

Gewicht (kg): _____

Länge (cm): _____

Für Untersuchungen von **Hirn / Schädel:**

Kopfumfang (cm): _____ (Perzentilen: Rückseite)

Säuglinge mit Gestationsalter (Wochen): _____

Für **gynäkologische Untersuchungen:**

Menarche (Datum): _____

Letzte Periode (Datum): _____

Für jede **MR-Untersuchung:**

Kardialer Pacemaker ja nein

Andere Metallimplantate / Fremdkörper

ja Art: _____

nein

