

# Anmeldung Radiologie und Nuklearmedizin

Chefarzt: Prof. Dr. E. Merkle

[www.unispital-basel.ch/radiologie](http://www.unispital-basel.ch/radiologie), [raddia@usb.ch](mailto:raddia@usb.ch)



## Petersgraben 4, 4031 Basel

	Telefon	Fax
Allgemeine Radiologie	061 556 56 65/6	061 265 46 60
Ultraschall (Sonografie)	061 328 73 23	061 265 46 60
Magnetresonanztomografie	061 556 56 61/2	061 265 53 81
Interventionelle Radiologie	061 556 56 68	061 265 46 60
Computertomografie (CT)	061 556 56 67	061 265 46 60
Neuroradiologie (exkl. CT)	061 556 53 72	061 265 46 60
Nuklearmedizin	061 328 66 81	061 265 48 97

## Spitalstrasse 21, 4031 Basel

	Telefon	Fax
Mammadiagnostik K1	061 265 91 50	061 265 91 58
Röntgendiagnostik K1	061 265 91 50	061 265 91 58

### Patientendaten

Name	Geburtsdatum
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	Telefon
PLZ, Ort	Geschlecht
Krankenkasse	
Vers.-Nr.	

### Gewünschte Untersuchung

- |   |  |                                       |                                      |
|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Röntgen                  | <input type="checkbox"/> CT              | <input type="checkbox"/> MRI          | <input type="checkbox"/> Ultraschall |
| <input type="checkbox"/> Angiografie/Intervention | <input type="checkbox"/> Mammadiagnostik | <input type="checkbox"/> Szintigrafie | <input type="checkbox"/> SPECT/CT    |
| <input type="checkbox"/> PET/CET                  | <input type="checkbox"/> MPS             |                                       |                                      |

### Klinische Angaben

#### Fragestellung

### Notwendige Angaben

Kreatinin $\mu\text{mol/l}$ vom (Datum)	Gewicht	kg	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	Grösse	cm	<input type="checkbox"/> Kontrastmittelallergie
<input type="checkbox"/> Hyperthyreose (bei CT und Intervention)			<input type="checkbox"/> Schrittmacher (bei MRI)
<input type="checkbox"/> Medikamente			

### Termin

Aufbieten  Notfall (n. Absprache)  Bereits Termin vereinbart am

### Organisatorische Wünsche

CD (nur bei ambulanten Patienten)  Befundkopie an

### Auftraggeber

Telefon

Datum

Unterschrift

