

RADIOLOGIE

Anmeldung zur Radiologischen Untersuchung / Intervention

Wochentags

Tel.: 031 632 15 15

Fax: 031 632 19 15

Mail: disposition.radiologie@insel.ch

Notfall-Untersuchungen ab 17 Uhr und am Wochenende:
Fax: 2 14 77

Patientenname*

Geburtsdatum*

Tel. Nr. Klinik/Abteilung*

Ärztliche Auskunft (wochentags)

Abdominale und HNO-Bildgebung	2 26 74
Ultraschall.....	2 02 90
Thorax Bildgebung	2 00 75
Kardio / Vaskuläre Bildgebung	2 49 32 / 4 15 93
Bildlabor	2 03 46
Muskuloskeletale Bildgebung	2 02 89
Senoradiologie.....	2 10 04
Interventionen	2 24 46
Notfall Bildgebung 24/7	181 62 03 (Arzt) / 031 664 62 01 (RFP)
Pädiatrische Bildgebung.....	2 13 97

Befund - und Bildbestellung: archiv.radiologie@insel.ch

Gewünschte Untersuchung*

Gewünschtes Untersuchungsdatum*

Kreatinin:

GFR ml/min:

Bestimmungsdatum:

Fragestellung*

Allergien?

Infektiöse
Krankheiten?

Gewicht:

Grösse:

Studien-Nr.

Strahlenschutz

Als zuweisende/r Ärztin/Arzt bestätige ich, dass ich die Grundsätze des Strahlenschutzes gemäss StSG und Röntgenverordnung (insb. Indikationsstellung und Rechtfertigung) beachtet, und den Patienten entsprechend aufgeklärt sowie informiert habe.

Name der/des zuweisenden Ärztin/Arztes*

(digital ausgefüllt oder in leserlicher Schrift)

Klinische Angaben*

Unterschrift

Telefon/Sucher*

Dipl. Radiologiefachperson

Datum

Radiologe/Radiologin

Bemerkungen Radiologie

MR Sicherheit

Hat der Patient/die Patientin medizinische Implantate oder Fremdkörper?

ja nein

Falls ja, bitte um Angabe von: Art des Implantates/Fremdkörper, Hersteller, Modell und Implantationsjahr:

Bei Fragen wenden Sie sich an die Disposition Radiologie:
Telefon 031 632 15 15

Name korrekt Vorname korrekt
Geburtsdatum korrekt Schwangerschaft ausgeschlossen
Schwangerschaft liegt vor

Rücksprache mit OA Radiologie, Visum

Patientenübergabe erfolgt an

* erforderliche Felder