

Kantonsspital Baselland

Institut für Radiologie und Nuklearmedizin
Standort

Radiologie-Anmeldung

Name	Vorname		
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
Str./Nr.	PLZ/Ort		
Tel.	Tel. Mobil		

<input type="checkbox"/> Bitte Patient aufbieten	Dringend:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Patient hat Termin am:	Zeit:	Uhr	

Gewünschte Untersuchung

<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Durchleuchtung
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> DVT / Conebeam	<input type="checkbox"/> Angiographie inkl. PTA	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie
<input type="checkbox"/> MRI*	<input type="checkbox"/> SPECT-CT	<input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> Bestmögliche

*CAVE Kontraindikationen: Herzschrittmacher, Neurostimulatoren, Innenohrimplantate, Insulin- und Schmerzpumpen, Metallfremdkörper, Implantate vor 1990

Region:

Klinische Angaben / Fragestellung

Bei jeder KM- oder MR-Untersuchung angeben

Allergien (z.B. Jod, Latex)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Orale Antidiabetika	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Metformin-haltig
Antikoagulation	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> ASS
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja ggf. TSH:	
Klaustrophobie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Liftfahren nicht möglich)	

Aktueller Kreatininwert: $\mu\text{mol/l}$ **eGFR (>30):** ml/min/1.72m^2 vom: (Datum)

Bei Punktion, Biopsie, Drainage, Angiographie

Aktueller Quickwert (70-120%): % INR (<1.2): Thrombozyten:

Bei PET-CT Körpergrösse: cm Gewicht: kg Diabetes

Befund

<input type="checkbox"/> Tel. Befund
<input type="checkbox"/> Post
<input type="checkbox"/> HIN Mail
<input type="checkbox"/> Befundkopie an:

Bilddokumentation

<input type="checkbox"/> www.medicalshare.ch
<input type="checkbox"/> CD/DVD
<input type="checkbox"/> keine

Zuweisender Arzt

Adresse

eMail

GLN/ZSR

Tel.

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln
Sie das Formular direkt und gesichert an
das Kantonsspital Baselland.