

	Telefon	Fax
Petersgraben 4, 4031 Basel		
Allgemeine Radiologie	061 556 56 65/6	061 265 46 60
Ultraschall (Sonografie)	061 328 73 23	061 265 46 60
MR-Tomografie (MRI)	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 56 62	061 265 46 60
Nuklearmedizin	061 328 66 81	061 265 48 97
Spitalstrasse 21, 4031 Basel		
Mammadiagnostik	061 265 91 50	061 265 91 38
Röntgendiagnostik	061 265 91 50	061 265 91 38

## Patientendaten

Name	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht <input type="text"/>
Strasse, Nr	<input type="text"/>	
PLZ, Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	
Telefon	<input type="text"/>	

## Kostenträger

Name	Gesetz	
Strasse	Vers.-Nr.	
PLZ / Ort	Fall-Datum	Fall-Nr.

## Gewünschte Untersuchung

<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> PET/CET	Mammadiagnostik
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Angiografie/Intervention	<input type="checkbox"/> SPECT/CT	<input type="checkbox"/> diagnostisch
<input type="checkbox"/> Röntgen		<input type="checkbox"/> Szintigrafie	<input type="checkbox"/> präventiv
<input type="checkbox"/> DEXA		<input type="checkbox"/> MPS	

## Klinische Angaben

<input type="text"/>
----------------------

## Fragestellung

<input type="text"/>
----------------------

## 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

<input type="checkbox"/> Aufbieten	<input type="checkbox"/> Notfall (n. Absprache)	Bereits Termin vereinbart am
------------------------------------	---	------------------------------

## Organisatorische Wünsche

<input type="checkbox"/> CD (nur bei ambulanten Patienten)	<input type="checkbox"/> Befundkopie an
--	---

## Auftraggeber

Tel.	Datum
Mail	Unterschrift
	<input type="text"/>

bei elektronischer Einsendung unnötig

## Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Radiologie des Universitätsspital Basel.

<input type="text"/>
----------------------