

Anmeldeformular zur radiologischen Untersuchung

Fax-Nummer: 044 298 50 51
Notfalltermin bitte telefonisch: 044 298 50 50 (dringender Rückruf)
(Notfalltermin auch per Fax mit „DRINGENDER Rückruf bitte“ anmelden)

Öffnungszeiten:
Montag bis Samstag: 07.00 – 21.00 Uhr und Sonntag: 08.00 – 18.00 Uhr

- Bitte Patient für radiologische Untersuchung aufbieten.
- Der Patient ist bereits angemeldet für am: _____

bitte Patienten-Etikette aufkleben, Tel.-Nr.

Gewünschte Untersuchung/Aufnahme ankreuzen:

Thorax:

- Thorax pa/lat
 Hemithorax

Schultergürtel:

- Schwedenstatus I II III
 Schulter ap Neer
 Clavicula dv tang.

Obere Extremitäten:

- Oberarm ap/lat
 Ellbogen vd/lat
 Unterarm vd/lat
 Handgelenk dv/lat
 Scaphoid Status I II III IV
 Hand dv/schräg
 Daumen vd/lat
 Finger dv/lat

Körperachse:

- HWS ap/lat
 Dens ap
 BWS ap/lat
 LWS ap/lat
 Becken ap liegend stehend
 Hüftgelenk ap Lauenstein

Untere Extremitäten:

- Oberschenkel ap/lat
 Knie stehend ap/lat
 Knie liegend ap/lat
 Patella axial
 Unterschenkel ap/lat
 OSG ap/lat
 Vorfuss dp/schräg
 Fuss dp/schräg
 Grosszehe dp/lat
 Calcaneus axial/lat

- Befund durch Orthopäden erwünscht

Die Bilder werden auf CD gebrannt.

Datum: _____ Unterschrift und Praxis-Stempel: _____