

Chefarzt: Prof. Dr. Elmar Merkle
www.unispital-basel.ch/radiologie | RadDia@usb.ch

	Telefon	E-Mail
Petersgraben 4, 4031 Basel		
Röntgendiagnostik	061 556 56 65	RadDia@usb.ch
Ultraschall (Sonografie)	061 328 73 23	RadDia@usb.ch
MR-Tomografie (MRI)	061 556 56 61	Anmeldung.MRI@usb.ch
Neuro- & intervent. Radiologie	061 556 56 68	Intervention.Radiologie@usb.ch
Computertomografie (CT)	061 556 56 67	Anmeldung.CT@usb.ch
Nuklearmed. Diagnostik	061 328 66 81	NUKAnmeldung@usb.ch
Nuklearmedizin: PET	061 328 79 31	PET@usb.ch
Nuklearmed. Therapien	061 265 47 04	Therapie-NUK@usb.ch

Spitalstrasse 21, 4031 Basel		
Mammadiagnostik	061 265 91 50	MamDia@usb.ch
Röntgendiagnostik	061 265 91 50	RadDia@usb.ch

Patientendaten

Name	_____		
Vorname	_____		
Geburtsdatum	_____		
Strasse	_____		
PLZ Wohnort	_____		
Telefon-Nr.	_____		
Kranken/Unfall-Vers.	_____		
Versicherten-Nr.	_____		
Unfall	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> </table>	Ja	Nein
Ja	Nein		

Gewünschte Untersuchung

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

Klinische Angaben

Fragestellung

Notwendige Angaben

Kreatinin _____ µmol/l vom (Datum) _____	Gewicht _____ kg	Diabetes
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	Grösse _____ cm	<input type="checkbox"/> Kontrastmittelallergie
<input type="checkbox"/> Hyperthyreose (bei CT mit Kontrastmittel und Intervention)		<input type="checkbox"/> Schrittmacher (bei MRI)
Medikamente _____		

Termin

- aufbieten Notfall (n. Absprache) bereits Termin vereinbart am _____

Organisatorische Wünsche

- CD Bilder über H-NET
- Befundkopie an _____
- _____

Auftraggeber (Stempel/Druckbuchstaben) Telefon Datum Unterschrift

Bitte speichern Sie die Anmeldung und schicken sie uns per E-Mail (Adressen oben links).