Kantonsspital Baselland

Institut für Radiologie und Nuklearmedizin
Standort

Radiologie-Anmeldung

Name | Vorname

Geburtsdatum | Geschlecht | ☐ Krankheit ☐ Unfall

Str./Nr. | PLZ/Ort

Tel. | Tel. Mobil

☐ Bitte Patient aufbieten | Dringend: ☐ Ja ☐ Nein

☐ Patient hat Termin am: | Zeit: Uhr

Gewünschte Untersuchung

☐ Röntgen	☐ Mammographie	☐ Ultraschall	☐ Durchleuchtung
☐ CT	☐ DVT / Conebeam	☐ Angiographie inkl. PTA	☐ Schmerztherapie
☐ MRI*	☐ SPECT-CT	☐ PET-CT	☐ 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)	☐ Nein	☐ Ja, welche?	
Orale Antidiabetika	☐ Nein	☐ Ja	☐ Metformin-haltig
Antikoagulation	☐ Nein	☐ Ja	☐ ASS
Schilddrüsenüberfunktion	☐ Nein	☐ Ja ggf. TSH:	
Klaustrophobie	☐ Nein	☐ Ja (Liftfahren nicht möglich)	

Aktueller Kreatininwert: µmol/l **eGFR (>30):** ml/min/1.72m² vom: (Datum)

Bei Punktion, Biopsie, Drainage, Angiographie

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

Bei PET-CT Körpergrösse: cm Gewicht: kg ☐ Diabetes

Befund

☐ Tel. Befund
☐ Post
☐ HIN Mail
☐ Befundkopie an:

Bilddokumentation

☐ www.medicalshare.ch
☐ CD/DVD
☐ keine

Zuweisender Arzt

Adresse

eMail

Datum GLN/ZSR

Tel.

Elektronische Übermittlung

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