

Steinwiesstrasse 75 Telefon +41 44 266 71 11 Telefax +41 44 266 71 71  
CH-8032 Zürich Mail: radiologie.sekretariat@kispi.uzh.ch

## BILDDIAGNOSTIK

Radiologie / Neuroradiologie /  
Interventionelle Radiologie

**Röntgen (Rö)** Tel.: +41 44 266 7500 Fax: +41 44 266 7158  
**Ultraschall (US)** " " "  
**Computer-Tomographie (CT)** " 7059 "  
 Szintigraphie (USZ) " 7746 "  
**Magnetresonanz (MR)**  
**(direkt)** " 7746 Fax: +41 44266 7158

Frühere Untersuchungen im Kinderspital:  ja  nein  
 Auswärtige Bilddokumente  ja  nein

Ort / Datum:

Medizin  Stationär  
 Chirurgie  Poliklinik \_\_\_\_\_  
(Spezialbezeichnung)  
 Privat  Ambulant  
 Wissenschaftlich  Notfall

**Gewünschte Untersuchung:**

**Zuweisung:**

Arzt / Abteilung

Telefon / Sucher:

**Datum:**

erwünscht

verabredet

**Gew.Zeitraum:**

Eltern melden sich

**Anamnese** (Neugeborene mit Geburtsstunde)

**Klinische Angaben:**

**Klinische Diagnose:**

**Fragestellung:**

**Notwendige Zusatzinformation:**

Für Jede **Spezialuntersuchung:**

(MR, CT, Röntgen mit Kontrastmittel)

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_

Länge (cm): \_\_\_\_\_

Für Untersuchungen von **Hirn / Schädel:**

**Kopfumfang** (cm): \_\_\_\_\_ (Perzentilen: Rückseite)

Säuglinge mit Gestationsalter (Wochen): \_\_\_\_\_

Für **gynäkologische Untersuchungen:**

Menarche (Datum): \_\_\_\_\_

Letzte Periode (Datum): \_\_\_\_\_

Für jede **MR-Untersuchung:**

Kardialer Pacemaker  ja  nein

Andere Metallimplantate / Fremdkörper

ja Art: \_\_\_\_\_

nein

Anzahl Untersuchungen:

Kontrastmittel

Anzahl Filme:

Art:

Durchleuchtungszeit:

Menge:

MTRA (Initialen):

Arzt (Initialen):

**Bemerkungen:**