

Anmeldung konventionelle Röntgenuntersuchungen

Mo, Di, Do, Fr: 08.00-12.00 und 13.00-16.30 Uhr
Mi: 08.30-12.00 und 13.00-16.30 Uhr
Telefon 081 256 64 80

Ausserhalb Anmeldezeit
Telefon 081 256 61 11
E-Mail radiologie@ksgr.ch

e-Mail senden radiologie@ksgr.ch

Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon P:

Telefon G:

e-mail:

Versicherer:

Klinische Angaben (Anamnese, Status, Operationen, Labor, Therapie):

Vom Röntgeninstitut aufzubieten

ja nein

Termin am:

DVD erwünscht

ja nein

Befundkopie an:

Fragestellung:

Schwangerschaft:

ja nein unsicher

Zuweisender Arzt:

Adresse/Spital:

Tel./Sucher:

Hin-Mail:

Datum/Sig:

Bitte gewünschte Region und Spezifikationen markieren

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thorax pa/seitlich stehend | <input type="checkbox"/> Unterkiefer getrennt li / re | <input type="checkbox"/> Os.nav. Status li / re | <input type="checkbox"/> Beckenübersicht ap | <input type="checkbox"/> Ganzer Untersch. li / re |
| <input type="checkbox"/> Thorax ap liegend | <input type="checkbox"/> Clavicula li / re | <input type="checkbox"/> Hand dv/schräg li / re | <input type="checkbox"/> Becken ap tiefzentr. FTP | <input type="checkbox"/> OSG ap / seitl. li / re |
| <input type="checkbox"/> Thorax Ergussaufnahme | <input type="checkbox"/> Sterno | <input type="checkbox"/> Finger li / re | <input type="checkbox"/> In- / Outlet | <input type="checkbox"/> OSG bds seit gehalten |
| <input type="checkbox"/> Rippenthorax | <input type="checkbox"/> Sternum | <input type="checkbox"/> HWS ap/lat | <input type="checkbox"/> Becken ap stehend | <input type="checkbox"/> Fuss dp / schräg li / re |
| <input type="checkbox"/> Abdomen stehend | <input type="checkbox"/> AC-Gelenk | <input type="checkbox"/> HWS schräg bds | <input type="checkbox"/> Becken spezial | <input type="checkbox"/> Fuss stehend seitl li / re |
| <input type="checkbox"/> Abdomen liegend | <input type="checkbox"/> AC-Gelenk mit Belastung | <input type="checkbox"/> HWS funkt.seitl | <input type="checkbox"/> ISG n. Barsony | <input type="checkbox"/> Fuss stehend dp li / re |
| <input type="checkbox"/> Abdomen Teil li / re | <input type="checkbox"/> Scapula | <input type="checkbox"/> Dens | <input type="checkbox"/> Hüftgelenk ap li / re | <input type="checkbox"/> Calcaneus li / re |
| <input type="checkbox"/> Abdomen horizontal/
in li Seitenlage | <input type="checkbox"/> Schuler ap li / re
Innen- / Aussenrot | <input type="checkbox"/> C7/Th1 Übergang | <input type="checkbox"/> Hüftgelenk axial li / re | <input type="checkbox"/> Calcaneus n Broden li / re |
| <input type="checkbox"/> Schädel ap/lat | <input type="checkbox"/> Schulter ax li / re | <input type="checkbox"/> BWS ap / seitl. | <input type="checkbox"/> Hüfte Lauenstein li / re | <input type="checkbox"/> Zehe li / re |
| <input type="checkbox"/> Schädel Towne | <input type="checkbox"/> Schulter Neer li / re | <input type="checkbox"/> Th12/L1 Übergang | <input type="checkbox"/> Hüfte bds « faux profil » | <input type="checkbox"/> Orthoradiogramm |
| <input type="checkbox"/> Schädel ½ axial | <input type="checkbox"/> Supraspinatus li / re | <input type="checkbox"/> LWS ap / seitl. | <input type="checkbox"/> Femur ap / seitl. li / re | <input type="checkbox"/> WS Skoliose Aufn |
| <input type="checkbox"/> NNH-Status: | <input type="checkbox"/> Oberarm ap/seitl. li / re | <input type="checkbox"/> LWS schräg | <input type="checkbox"/> Ganzer Obersch. li / re | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Orbitae | <input type="checkbox"/> Ellbogen ap/seitl. li / re | <input type="checkbox"/> LWS funkt. seitl. | <input type="checkbox"/> Knie ap / seitl. li / re | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nasenbein | <input type="checkbox"/> Ellbogen schräg li / re | <input type="checkbox"/> L5/S1 Übergang | <input type="checkbox"/> Knie Eigenstand li / re | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Henkeltopf | <input type="checkbox"/> Vorderarm ap/seitl li / re | <input type="checkbox"/> OS Sacrum | <input type="checkbox"/> Tunnelaufnahme | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Jochbogen | <input type="checkbox"/> Handgelenk ap/seitl. li / re | <input type="checkbox"/> OS coccygis | <input type="checkbox"/> Patella ax bds. li / re | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kiefergelenke | <input type="checkbox"/> Handwurzelknochen li / re | | <input type="checkbox"/> Unterschenkel ap/seitl li / re | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Unterkiefer pa | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Modifikationen | | | |
| <input type="checkbox"/> Kalibrationskugel | | | | |