

Die im Text verwendete Form gilt für Angehörige des weiblichen und männlichen Geschlechts

Anmeldung Diagnostik Konventionelles Röntgen (CR)

Patient*in

| | |
|---|----------------------|
| Name: _____ | Tel. Privat: _____ |
| Vorname: _____ | Tel. Mobil: _____ |
| Geburtsdatum: _____ <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m | Tel. Geschäft: _____ |
| Strasse: _____ | Arbeitgeber: _____ |
| PLZ / Ort: _____ | PLZ / Ort: _____ |

Anmeldung

Untersuchungsdatum: _____ Zeit: _____ Uhr Amb. stat. _____ Tag(e)

War die/der Patient*in schon früher bei uns? ja nein

Schwangerschaft? ja nein unbekannt

Unfall Krankheit

Anamnese: _____

Fragestellung Trauma / Fraktur Arthrose Post-Prothetik Fremdkörper
 andere

Nasenbein

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> pa / lateral | <input type="checkbox"/> ap liegend |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> stehend | <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> Linksseitenlage |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> 2 Eb <input type="checkbox"/> Funktionsaufnahme | <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> Dens <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> Sacrum |
| <input type="checkbox"/> Beckenübersicht / King Mark | | <input type="checkbox"/> ap <input type="checkbox"/> tief zentriert <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> liegend |
| <input type="checkbox"/> Extremitäten | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> mit Gips <input type="checkbox"/> ohne Gips |
| <input type="checkbox"/> Clavicula (2 Eb) | <input type="checkbox"/> Naviculare/Stecher | <input type="checkbox"/> Knie-Rosenberg (stehend) |
| <input type="checkbox"/> Schulter (2 Eb) | <input type="checkbox"/> Hand (3 Eb) | <input type="checkbox"/> Ganzbein |
| <input type="checkbox"/> Oberarm (2 Eb) | <input type="checkbox"/> Finger (2 Eb) → Dig. _____ | <input type="checkbox"/> Unterschenkel (2 Eb) |
| <input type="checkbox"/> AC Gelenk | <input type="checkbox"/> Hüftgelenk (2 Eb) / King Mark | <input type="checkbox"/> OSG (2 Eb) <input type="checkbox"/> u. Belastung |
| <input type="checkbox"/> Ellbogen (2 Eb) | <input type="checkbox"/> Oberschenkel (2 Eb) | <input type="checkbox"/> Fuss (3 Eb) <input type="checkbox"/> u. Belastung |
| <input type="checkbox"/> Unterarm (2 Eb) | <input type="checkbox"/> Kniegelenk (2 Eb) | <input type="checkbox"/> Vorfuss (2 Eb) |
| <input type="checkbox"/> Handgelenk (2 Eb) | <input type="checkbox"/> Patella | |

Andere _____

Befundung durch: internen Radiologen Zuweiser

Bilddokumentation gewünscht ja nein

Bitte senden an Fax-Nr. 00423 235 45 43 oder Mail an radiologetermin@landesspital.li

Datum: _____ Arzt/Ärztin (Stempel/Unterschrift): _____