

## Anmeldung Diagnostik (CR)

### Angaben zum Patienten

Name  Strasse   
 Vorname  PLZ/Ort   
 Geburtsdatum   w\*  m\* Tel. Privat/Mobil   
 Arbeitgeber/in  Krankenkasse  andere   
\* Erfragung des biologischen Geschlechts, da dieses für Diagnose und Behandlung relevant sein kann.

### Angaben zur Anmeldung

Datum  Uhrzeit   
 Art   
 War die/der Patient/in schon früher bei uns?  Schwangerschaft

### Detailinformationen

ICD Code

Anamnese

### Fragestellung

Trauma/Fraktur     Arthrose     Post-Prothetik     Fremdkörper     Andere

### Untersuchungsbereich

#### Nasenbein

Thorax  pa/lateral  ap/liegend

Abdomen  stehend  liegend  links Seitenlage

Wirbelsäule  2 Eb  HWS  Dens  BWS  LWS  Sacrum

Beckenübersicht / King Mark  ap  tiefzentriert  stehend  liegend

#### Extremitäten

<input type="text"/> rechts <input type="text"/> links <input type="text"/> mit Gips <input type="text"/> ohne Gips
<input type="text"/> Clavicula (2 Eb) <input type="text"/> Naviculare/Stecker <input type="text"/> Knie-Rosenberg (stehend)
<input type="text"/> Schulter (2 Eb) <input type="text"/> Hand (3 Eb) <input type="text"/> Ganzbein
<input type="text"/> Oberarm (2 Eb) <input type="text"/> Finger (2 Eb) Dig. <input type="text"/> Unterschenkel (2 Eb)
<input type="text"/> AC Gelenk <input type="text"/> Hüftgelenk (2 Eb) / King Mark <input type="text"/> OSG (2 Eb) <input type="text"/> u. Belastung
<input type="text"/> Ellbogen (2 Eb) <input type="text"/> Oberschenkel (2 Eb) <input type="text"/> Fuss (3 Eb) <input type="text"/> u. Belastung
<input type="text"/> Unterarm (2 Eb) <input type="text"/> Kniegelenk (2 Eb) <input type="text"/> Vorfuss (2 Eb)
<input type="text"/> Handgelenk (2 Eb) <input type="text"/> Patella

#### Andere

Befundung durch  internen Radiologen  Zuweiser

Beh. Arzt/Ärztin  Sonstige

Einw. Arzt/Ärztin  Datum

Hausarzt/-ärztin  Signatur

Bilddokumentation gewünscht

### Kontakt bei Fragen und Informationen

Telefon +423 235 44 17

Fax +423 235 45 44

[radiologetermin@landesspital.li](mailto:radiologetermin@landesspital.li)

Bitte senden Sie das Formular per E-Mail an: [radiologetermin@landesspital.li](mailto:radiologetermin@landesspital.li)