



UniversitätsSpital Zürich

Institut für Neuroradiologie
Disposition Untersuchungen: 044 255 50 83

Auftraggeber
Code

Gewünschte Untersuchung

- CT US
 MR andere:
 Im Bett Im Rollstuhl Zu Fuss

Fragestellung

Auftraggeber / Zuweisende Klinik

Unterschrift des zuweisenden Arztes

Sucher / Telefon

Klinische Angaben

Bei Herzuntersuchung und
intravasaler Kontrastmitteluntersuchung Angabe von
Gewicht kg

Frühere Röntgenuntersuchung

Wann?
Wo?

- | | | |
|------------------|--------------------------|----------------|
| Amb. | <input type="checkbox"/> | Angemeldet für |
| Allgemein | <input type="checkbox"/> | Datum |
| Privat 1. Kl. | <input type="checkbox"/> | Zeit |
| Halbprivat | <input type="checkbox"/> | Raum |
| Wissenschaftlich | <input type="checkbox"/> | |

- Krankheit Unfall SUVA EMV IV

Wissenschaftlich, nur mit Visum des Klinikdirektors

Untersuchungsdaten / Bemerkungen

Kreatininwert

Technische Daten

Datum

Untersuchung

KV

mAS

D

Raum

ml KM

Min. DL

Alle Felder bitte leserlich ausfüllen!

MTRA

NEURORADIOLOGIE