

**Kostenstelle**

Universitätsklinik für Radiodiagnostik - Radiologie II

Direktor: O. Univ.-Prof. Dr. W. Jaschke

**Computertomographie/MZA**

Terminvergabe: Tel.: 27117, 27118, 27119 Fax: 27114

**Patientenaufkleber**

**Untersuchungsbereiche:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schädel                                 | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule            |
| <input type="checkbox"/> Gesichtsschädel                         | <input type="checkbox"/> HWS                    |
| <input type="checkbox"/> Orbita                                  | <input type="checkbox"/> BWS                    |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen                        | <input type="checkbox"/> LWS                    |
| <input type="checkbox"/> Felsenbeine                             | <input type="checkbox"/> LWS Infiltration       |
| <input type="checkbox"/> Unterkiefer                             | <input type="checkbox"/> Ileosacralgelenke      |
| <input type="checkbox"/> Dental-CT                               | <input type="checkbox"/> Knochendensitometrie   |
| <input type="checkbox"/> Hals                                    | <input type="checkbox"/> Skelettabschnitte      |
| <input type="checkbox"/> Thorax                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Thorax-HR <input type="checkbox"/> -PE  | Spezialuntersuchungen:                          |
| <input type="checkbox"/> Herz                                    | <input type="checkbox"/> Gefäße                 |
| <input type="checkbox"/> Coronararterien                         | <input type="checkbox"/> Virtuelle Colonoskopie |
| <input type="checkbox"/> Calcium-Score                           | <input type="checkbox"/> Biopsie                |
| <input type="checkbox"/> Aorta                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Oberbauch                               | <input type="checkbox"/> Sonstiges:             |
| <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Becken |   |

Anforderungsdatum: .....

Untersuchungsdatum: .....

**Klinische Angaben und Fragestellungen:**

(Vom zuweisenden Arzt auszufüllen, ggf. Rückseite verwenden)

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Tel.: .....

- |                                  |                             |                               |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| KM-Allergie                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Creatininwert:                   | ..... mg/dl                 |                               |
| Datum:                           | .....                       |                               |
| Schilddrüsenüberfunktion- Karz.  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diabetes (falls metforminhaltig) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Multiples Myelom                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schwangerschaft                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |