



Ärztliche Stelle Westfalen-Lippe

RADIOLOGISCHES LEISTUNGSVERZEICHNIS

Die Ärztliche Stelle Westfalen-Lippe benötigt für ihre Anforderung das Leistungsspektrum.
Bitte kreuzen Sie nur die mit diesem Röntgengerät regelmäßig durchgeführten Untersuchungen an.

Röntgengerät:

Standort:

GID:

Organgebiete	erwachsene Patienten	pädiatrische Patienten
Konventionelle Radiologie		
Schädel 2 Ebenen	☐	☐
Gesichtsschädel / Nasenbein	☐	☐
NNH (om / of)	☐	☐
Schüller / Stenvers	☐	☐
Thorax 2 Ebenen	☐	☐
Thorax liegend	☐	☐
Rippen	☐	☐
HWS	☐	☐
BWS 2 Ebenen	☐	☐
LWS 2 Ebenen	☐	☐
Wirbelsäulenganzaufnahme	☐	☐
Sternum / Clavicula	☐	☐
Schulter 2 Ebenen	☐	☐
Ellenbogen / Unterarm	☐	☐
Handgelenk / Hand / Finger	☐	☐
Becken ap	☐	☐
Hüfte / Oberschenkel	☐	☐
Knie / Unterschenkel	☐	☐
OSG	☐	☐
Fuß / Vorfuß / Zehen	☐	☐
Ganzbeinaufnahmen	☐	☐
Abdomen	☐	☐
Harnwege		
Harntrakt mit KM	☐	☐
Blase / Harnröhre mit KM	☐	☐
MCU	☐	☐
Verdauungstrakt		
Ösophagus / Trachea	☐	☐
Magen	☐	☐
Dünndarm	☐	☐
ERCP	☐	☐
Kolon Kontrasteinlauf	☐	☐
Angiographie Diagnostik		
Schädel / Supraaorta	☐	☐
Thorax	☐	☐
Abdomen / Niere	☐	☐
Becken / Bein	☐	☐
obere Extremitäten	☐	☐

Organgebiete	erwachsene Patienten	pädiatrische Patienten
Angiographie Therapie		
Coiling eines Aneurysma im Gehirn	☐	☐
Thrombusaspiration nach Schlaganfall	☐	☐
Endovaskuläre Aneurysma-Therapie der Aorta thorakalis, der Bauchaorta suprarenal oder infrarenal	☐	☐
TACE (transart. Chemoemb.)	☐	☐
PTA - Becken	☐	☐
PTA – Oberschenkel und Knie	☐	☐
PTA – Unterschenkel und Fuß	☐	☐
PTA – obere Extremitäten	☐	☐
Koronarangiographie	☐	☐
Einzeitige PCI und Koronarangiographie	☐	☐
Einzeitige PCI (Perkutane koronare Intervention)	☐	☐
TAVI (Transkatheter Aortenklappen-Implantation)	☐	☐
Elektrophysiologische Untersuchung (EPU)	☐	☐
Elektrophysiologische Untersuchung + Ablation	☐	☐
Elektrophysiologische Ablation	☐	☐
Phlebographie		
Becken / Bein	☐	☐
außer Becken / Bein	☐	☐
Osteodensitometrie		
Hüfte / LWS	☐	☐
Sonstiges	☐	☐
Ganzkörperfettmessung	☐	☐
QCT (Spezialgerät)	☐	☐
Mammographie (konventionell)	☐	☐
Mammographie (Tomosynthese)	☐	☐
Mamma Biopsie / Stereotaxi	☐	☐
Bitte immer ausfüllen	ja	nein
teleradiologische Nutzung?	☐	☐