



Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon P / G _____

Mobil _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____

Bei Unfall

Unfallversicherung _____

Unfallnummer _____

Unfalldatum _____

Unfallort _____

Arbeitgeber _____

Gewünschte Untersuchung/ Organ

Magnetresonanztomographie _____

Computertomographie _____

Ultraschall _____

Mammographie _____

Osteodensitometrie (DEXA) mit Auswert. d. Rheumatologin

Osteodensitometrie (DEXA) ohne Auswertung

Röntgen _____

Durchleuchtung _____

Bestmögliche Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

Anamnese, klinische Angaben und Fragestellung

Notwendige Angaben zur Durchführung der Untersuchung

	Ja	Nein
Herzschrittmacher/elektronische Implantate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Claustrophobie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metallische Implantate/	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piercing Schwangerschaft/Stil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
len Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KM Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
Hyperthyreose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antikoagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kreatininwert d. Zuweiser/ _____ µmol/l

Hausarzt (nicht älter als 10 Tage)

Termin: _____ **Im Verhinderungsfall bitte 24 Stunden vorher abmelden**

Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)

bitte Patient/in aufbieten Patient/in wird sich melden

Befundkopie an _____

Befund

E-Mail Brief Fax

