



Anmeldung

Name _____

Krankenkasse _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Bei Unfall

Strasse _____

Unfallversicherung _____

PLZ/Ort _____

Unfallnummer _____

Telefon P / G _____

Unfalldatum _____

Mobil _____

Unfallort _____

E-Mail _____

Arbeitgeber _____

Gewünschte Untersuchung / Organ

- Magnetresonanztomographie _____
- Computertomographie _____
- Ultraschall _____
- Mammographie inkl. Tomosynthese
- Osteodensitometrie (DEXA) ohne Auswertung

- Osteodensitometrie (DEXA) mit Auswert. d. Rheumatologen
- Röntgen _____
- Durchleuchtung _____
- Bildgesteuerte Schmerztherapie
- Bestmögliche Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

Anamnese, klinische Angaben und Fragestellung

Notwendige Angaben zur Durchführung der Untersuchung

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzschrittmacher/elektronische Implantate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hyperthyreose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Claustrophobie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metallische Implantate/Piercing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antikoagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwangerschaft/Stillen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kreatininwert d. Zuweiser/Hausarzt _____ µmol/l		
KM Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(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

