



Patienten ID _____ Fall ID _____
 Name _____ Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____
 Vorname _____ Tel. Privat _____ Unfallversicherung _____
 Adresse _____ Mobil _____ Sektion _____
 PLZ _____ E-Mail _____ Unfalldatum/Nr. _____
 Ort _____ M W Krankheit Unfall

Anamnese, klinische Befunde: _____

Fragestellung: _____

Bitte Patient aufbieten dringend
 Patient hat Termin am _____ nicht dringend

Hinweis an Patienten: Ihr Termin ist uns wichtig und deshalb verbindlich. Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, uns spätestens 24 Std. vorher zu benachrichtigen. RODIAG behält sich vor, bei unentschuldigter Absenz einen Unkostenbeitrag zu erheben.

Gewünschte Aufnahme, Untersuchung (Region Spezialuntersuchung usw.) _____ Schwangerschaft: Ja Nein

DEXA-Osteodensitometrie
 Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

Magnetresonanztomographie
 JA NEIN
 Schrittmacher, Neurostimulat.,
 Insulinpumpen etc.
 Klaustrophobie
 Niereninsuffizienz (GFR<30ml/min)
 ggf. Kreatinin: _____
 KM – Allergie (Gadolinium)

Infiltrationen/Arthrographie
 JA NEIN
 Gerinnungsstörungen
 ggf. Quick/INR: _____
 Antikoag. Med.
 (Marcoumar, ASS, Ticlopidin etc.)

Bilddokumentation als: CD CD + Film mit relevanten Befunden Film
 Bilder dem Patienten mitgeben
 Schnellbericht erwünscht als: FAX Telefon E-Mail

Praxisname: _____ Zuweisender Arzt: _____

Befundkopie an: _____ Datum _____

Bitte senden Sie Anmeldeformulare Unterschrift _____

Stempel