



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

Digitale Radiographie Ultraschall Farbdoppler
 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