



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 Mammographie  Digitale Radiographie  Ultraschall  
 Digitale Angiographie inkl. PTA  Farbdoppler  
 Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

<input type="checkbox"/> <b>Magnetresonanztomographie</b> JA NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schrittmacher, Neurostimulat., Insulinpumpen etc. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Klaustrophobie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (GFR<30ml/min) ggf. Kreatinin: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KM – Allergie (Gadolinium)	<input type="checkbox"/> <b>Computertomographie</b> JA NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung ggf. Kreatinin: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion ggf. TSH: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KM – Allergie (Iod) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DM mit Metformin-Medikation	<input type="checkbox"/> <b>Infiltrationen/Arthrographie</b> JA NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen ggf. Quick/INR: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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