



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  
 Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

**Computertomographie**

JA NEIN

Nierenfunktionsstörung  
ggf. Kreatinin: \_\_\_\_\_

Schilddrüsenüberfunktion  
ggf. TSH: \_\_\_\_\_

KM – Allergie (Iod)

DM mit Metformin-Medikation

**Infiltrationen/Arthrographie**

JA NEIN

Gerinnungsstörungen  
ggf. Quick/INR: \_\_\_\_\_

Antikoag. Med.  
(Marcoumar, ASS, Ticlopidin etc.)

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

Praxisname: \_\_\_\_\_ Zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Befundkopie an: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie Anmeldeformulare Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel