



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  
 Farbdoppler  Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

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

\*Bei fehlendem Kreatinin-Wert (< 7 Tage) besteht die Möglichkeit, den Krea-Wert am Institut bestimmen zu lassen.

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