



Patienten ID	Fall ID	
Name	Geburtsdatum	Krankenkasse
Vorname	Tel. Privat	Unfallversicherung
Adresse	Natel	Sektion
PLZ	Geschäftlich	Unfalldatum/Nr.
Ort	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> 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
 Nuklearmedizin (Szintigraphie) Dexa-Osteodensitometrie Farbdoppler
 Digitale Durchleuchtung Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

Magnetresonanztomographie

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

Computertomographie

JA NEIN
 Nierenfunktionsstörung
ggf. Kreatinin:
 Schilddrüsenüberfunktion
ggf. TSH:
 KM – Allergie (Iod)
 DM mit Metformin-Medikation

Infiltrationen/Arthrographie

JA NEIN
 Gerinnungsstörungen
ggf. Quick/NR:
 Antikoag. Med.
(Marcoumar, ASS, Ticlopidin, etc.)

Bilddokumentation als: CD CD + Film mit relevanten Befunden Film

Schnellbericht erwünscht als: FAX Telefon E-Mail

Befundkopie an: Datum

Stempel/Praxisname

Bitte senden Sie Anmeldefomulare Unterschrift