



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
 DSI / DSA Dexa-Osteodensitometrie Farbdoppler
 Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

<p><input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie</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<30ml/min) Kreatinin*: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KM – Allergie (Gadolinium)</p>	<p><input type="checkbox"/> Computertomographie</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"/> Infiltrationen/Arthrographie</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 Anmeldefomulare Unterschrift _____

Stempel