



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
<input type="checkbox"/> Dexa-Osteodensitometrie			
<input type="checkbox"/> Untersuchung nach Ermessen des Radiologen			
<input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie			
JA NEIN			
Schrittmacher, Neurostimulat., Insulinpumpen etc.			
Klaustrophobie			
Niereninsuffizienz (GFR<30ml/min) ggf. Kreatinin: _____			
KM – Allergie (Gadolinium) _____			
<input type="checkbox"/> Infiltrationen/Arthrographie			
JA NEIN			
Gerinnungsstörungen ggf. Quick/INR: _____			
Antikoag. Med. (Marcoumar, ASS, Ticlopidin etc.)			

Wichtige Information: Bild- und Befund sind jederzeit auch online über unser Zuweiserportal portal.rodiag.ch abrufbar. Für Ihre Patienten stehen die Bilder zudem jederzeit über das Patientenportal zur Verfügung.

Bilddokumentation als:

CD Film

Schnellbericht erwünscht als:

Telefon E-Mail

Befundkopie an:

Datum _____

Stempel

Bitte senden Sie Anmeldeformulare

Unterschrift _____