



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
 Dexa-Osteodensitometrie Farbdoppler
 DSI / DSA 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"/> Computertomographie JA NEIN Nierenfunktionsstörung ggf. Kreatinin*: _____ Schilddrüsenüberfunktion ggf. TSH: _____ KM – Allergie (Iod) DM mit Metformin-Medikation	<input type="checkbox"/> Infiltrationen/Arthrographie JA NEIN Gerinnungsstörungen ggf. Quick/INR: _____ Antikoag. Med. (Marcoumar, ASS, Ticlopidin etc.)
---	---	--

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

Wichtige Information: Bild- und Befund sind jederzeit auch online über unser Zuweiserportal portal.rodia.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 _____

Bitte senden Sie Anmeldeformulare Unterschrift _____

Stempel