



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

Ultraschall  
 Farbdoppler  
 Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

<input type="checkbox"/> <b>Magnetresonanztomographie</b> JA NEIN Schrittmacher, Neurostimulat., Insulinpumpen etc. Klaustrophobie Niereninsuffizienz (GFR<30ml/min) ggf. Kreatinin*: _____ KM – Allergie (Gadolinium)	<input type="checkbox"/> <b>Computertomographie</b> JA NEIN Nierenfunktionsstörung ggf. Kreatinin*: _____ Schilddrüsenüberfunktion ggf. TSH: _____ KM – Allergie (Iod) DM mit Metformin-Medikation	<input type="checkbox"/> <b>Infiltrationen/Arthrographie</b> 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.

**Die Einwilligung des Patienten in die Verarbeitung und Aufbewahrung der Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes liegt vor. Diese beinhaltet auch die ziel- und zweckgerichtete Weitergabe der Daten an Dritte.**

Bilddokumentation als:       CD  
 Schnellbericht erwünscht als:       Telefon       E-Mail  
 Befundkopie an: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Bitte senden Sie Anmeldeformulare    Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel