



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 Radiographie Ultraschall Farbdoppler
 Dexa-Osteodensitometrie Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

Magnetresonanztomographie

JA NEIN

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

Infiltrationen/Arthrographie

JA NEIN

Gerinnungsstörungen
ggf. Quick/INR: _____
Antikoag. Med.
(Marcoumar, ASS, Ticlopidin etc.)

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