



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  
 Digitale Angiographie inkl. PTA       Farbdoppler  
 Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

**Magnetresonanztomographie**

JA NEIN

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

**Computertomographie**

JA NEIN

Nierenfunktionsstörung  
ggf. Kreatinin: \_\_\_\_\_  
Schilddrüsenüberfunktion  
ggf. TSH: \_\_\_\_\_  
KM – Allergie (Iod)  
DM mit Metformin-Medikation

**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