



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

Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

**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