



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 Dexa-Osteodensitometrie Farbdoppler
 DSI / DSA Untersuchung nach Ermessen des Radiologen
 Digitale Radiographie Ultraschall

<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.

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