



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

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