



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

☐ 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.)

* 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