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

[ ]  DSI / DSA [ ]  Dexa-Osteodensitometrie [ ]  Farbdoppler

[ ]  Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Magnetresonanztomographie** |  [ ]  | **Computertomographie** |  [ ]  | **Infiltrationen/Arthrographie** |
| JA | NEIN |  JA | NEIN |  JA | NEIN |
| [ ]  | [ ]  | Schrittmacher, Neurostimulat., Insulinpumpen, etc. |  [ ]  | [ ]  | Nierenfunktionsstörung Kreatinin\*:       |  [ ]  | [ ]  | Gerinnungsstörungenggf. Quick/NR:       |
| [ ]  | [ ]  | Klaustrophobie |  [ ]  | [ ]  | Schilddrüsenüberfunktionggf. TSH:       |  [ ]  | [ ]  | Antikoag. Med.(Marcoumar, ASS, Ticlopidin, etc.) |
| [ ]  | [ ]  | Niereninsuffizienz (GFR<30ml/min) Kreatinin\*:       |  [ ]  | [ ]  | KM – Allergie (Iod) |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  | KM – Allergie (Gadolinium) |  [ ]  | [ ]  | DM mit Metformin-Medikation |  |  |  |

\*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: [ ]  FAX [ ]  E-Mail

Stempel/Praxisname

Befundkopie an: Datum

[ ]  Bitte senden Sie Anmeldeformulare Unterschrift