

ANMELDUNG

NAME _____ **VORNAME** _____ **Geb.dat.** _____ M
Adresse _____ **PLZ/Ort** _____ W
Tel. priv. _____ **Handy** _____ **Geschäft** _____
 Krankheit Unfall
Krankenkasse _____ **Mitglieder-Nr.** _____
Unfallversicherung _____ **Schaden-Nr.** _____

TERMIN: PatientIn aufbieten PatientIn hat Termin am _____ dringend, bis spätestens am _____

KLINISCHE ANGABEN/FRAGESTELLUNG:

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN:

RÖNTGEN **ULTRASCHALL** Bestmögl./effizienteste Methode nach Ermessen des Radiologen
 DIGITALE MAMMOGRAPHIE, falls nötig mit Mamma-Sonographie, FNP/Core-Biopsie, Mamma-MRT

| <input type="checkbox"/> ↓ MRT | <input type="checkbox"/> ↓ CT | <input type="checkbox"/> ↓ INTERVENTIONEN/ARTHRO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pacemaker/Neurostimulator/Clips Insulinpumpe/Metall/Hörgerät <input type="checkbox"/> Klaustrophobie <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (GFR<30ml/min) Aktueller Kreatinin-Wert: _____ <input type="checkbox"/> KM-Allergie | <input type="checkbox"/> KM-Allergie <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz Kreatinin-Wert: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes mell. mit Metformin <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> Port-a-Cath Träger | Quick/INR-Wert: _____ Thrombozyten: _____ <hr/> <u>Bei Frauen im gebärfähigem Alter</u> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |

RESULTAT:

Bericht Fax Nr. _____ E-Mail _____ sofort
 Tel. Nr. _____ per Post

Bilddokumentation nur CD nur Röntgenfilm keine
 CD & befundrelevante Bilder elektronisch via _____

BEFUNDKOPIE :

ZUWEISER:

Datum: _____ Unterschrift: _____