

ANMELDUNG

NAME VORNAME: Geb. dat.
 Adresse PLZ / Ort: M W nicht binär
 Tel. priv. Handy: Geschäft:
 Krankheit Krankenkasse E-Mail:
 Unfall Unfallversicherung Schaden-Nr.

TERMIN: PatientIn aufbieten Termin am 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
 ↓ MRT ↓ CT ↓ INTERVENTION / ARTHRO

<input type="checkbox"/> Klaustrophobie <input type="checkbox"/> Pacemaker/Neurostimulator/Clips <input type="checkbox"/> Insulinpumpe/Metall/Hörgerät <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (GFR<30 ml/min) Aktue <input type="checkbox"/> KM-Allergie	<input type="checkbox"/> KM-Allergie <input type="checkbox"/> Diabetes mell. mit Metformin <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (GFR<30 ml/min) Aktueller Kreatinin-Wert: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	Quick / INR-Wert: <input type="text"/> Thrombozyten: <input type="text"/> <u>Frauen im gebärfähigen Alter</u> Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---	---

RESULTAT:

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

Bilddokumentation CD H-Net keine
 befundrelevante Bilder elektronisch via

BEFUNDKOPIE:

ZUWEISER:

Datum: Signatur: