

# Patientenanmeldung

MRI     
  CT     
  Röntgen     
  Ultraschall     
  Mammographie     
  DEXA     
  Infiltration

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Gewünschte Untersuchung

Klinische Angaben / Fragestellung

Patient/-in aufbieten bis / am:

sobald möglich

Termin bereits vereinbart am:

Zeit:

Kostenträger:

Krankenkasse

Selbstzahler

Unfall

Arzt / Ärztin

(Datum, Stempel  
und Unterschrift)

Herzschrittmacher / Implantate

Klaustrophobie

Schwangerschaft

Hyperthyreose

Antikoagulation  
(falls Infiltration oder Biopsie)

Quick \_\_\_\_\_ %    Tc \_\_\_\_\_ tsd/ $\mu$ l

orale Antidiabetika (Metformin)

Niereninsuffizienz

Kreatininwert ( <14 Tage )  
für CT-Untersuchungen

\_\_\_\_\_  $\mu$ mol/l

Bei Risikopatienten ohne Wert erfolgt  
die Bestimmung durch uns.

Kontrastmittel-Allergie (Jod)

➔ **Im Verhinderungsfall  
bitte 24 Stunden vorher  
benachrichtigen**

Befundkopie an: