

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:

sofort

Termin bereits vereinbart am:

Zeit:

Kostenträger:

Krankenkasse

Selbstzahler

Unfall

Arzt / Ärztin

(Stempel und
Unterschrift)

(keine Unterschrift nötig bei elektronischer Übermittlung)

Herzschrittmacher / Implantate

Klaustrophobie

Schwangerschaft

Hyperthyreose

Antikoagulation
(falls Infiltration oder Biopsie)

Quick _____ % Tc _____ tsd/ μ l

orale Antidiabetika (Metformin)

Nierenfunktion (<14 Tage)
für CT-Untersuchungen

Kreatinin: _____ μ mol/l

GFR: _____ ml/min

Kontrastmittel-Allergie (Jod)

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

Befundkopie an:

Datum: