

ANMELDUNG

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Strasse	PLZ, Ort
Krankenkasse	
Termin	<input type="checkbox"/> Aufbieten <input type="checkbox"/> Dringend/Notfall <input type="checkbox"/> Termin vereinbart für
Der Fall läuft über	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall

Gewünschte Untersuchung

- MRI** Arthrographie bei Bedarf 2. Termin für Infiltration im CT
 CT Infiltration Biopsie/Punktion/Drainage
 PET-CT
 Röntgen Durchleuchtung (Kontrastmitteluntersuchung)
 Mammographie bei Bedarf Ultraschall
 Ultraschall Farb-Dopplerabklärung Biopsie/FNP

Region

Klinische Angaben

Fragestellung

Laborwerte

- Bei Niereninsuffizienz oder Diabetes bitte aktuelles Kreatinin angeben!!!** **Kreatinin:** **Bestimmt am**
- Bei Punktionen/Drainagen** INR (Quick): **Bestimmt am**
- Schwangerschaft/Stillzeit Antikoagulation Schilddrüsenüberfunktion Niereninsuffizienz
 Klaustrophobie Diabetes Kontrastmittelallergie andere Allergien, welche:
Sonstiges:

Gewünschte Dokumentation:

- Keine Bilddokumentation (Bilder) erwünscht
 Dokumentation auf Papier (Einzelbilder)
 Befund-Dokumentation per E-Mail

Befundkopie zustellen an:

Datum:
Name des Arztes:
Telefon/Fax des Arztes:
Unterschrift und Stempel:

MRI-Untersuchung – Mögliche Kontraindikationen/Vorabklärung nötig

Herzschrittmacher, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, cerebrale Metallclips, Gehörimplantate, Künstliche Herzklappen, Stents

Strahlenschutz

Die/Der zuweisende Ärztin/Arzt wird auf die Grundsätze der Strahlenschutzverordnung hingewiesen (u.a. Indikationsstellung, Information, Einwilligung und besondere Regelung in der Schwangerschaft).