Anmeldung

|  |  |
| --- | --- |
| Name       | Vorname       |
| Geburtsdatum       | Telefon       |
| Strasse       | PLZ, Ort       |
| Krankenkasse       | Termin       |

**Gewünschte Untersuchung**

[ ]  MRI       [ ]  Mammographie       [ ]  Computertomographie

[ ]  Ultraschall       [ ]  Farb-Dopplerabklärung       [ ]  konventionelle Radiologie

**Region**

**Klinische Angaben**

**Fragestellung**

**Laborwerte**

Bei Kontrastmitteluntersuchungen: Kreatinin/GFR:

Bei Punktionen: INR (Quick):       Thrombozyten:

Diabetes [ ]  nein [ ]  ja Allergien:

**MR Kontraindikationen Platzangst**

[ ]  nein [ ]  ja  [ ]  nein [ ]  ja

**Gewünschte Dokumentation:**

[ ]  Keine Bilddokumentation (Bilder) erwünscht [ ]  Befund per Mail (neu!)

[ ]  Dokumentation auf CD

[ ]  Dokumentation auf Papier (Einzelbilder)

**Befundkopie an: Datum:**

      **Name des Arztes:**

      **Telefon-/Fax-Nr.:**

      **Unterschrift und Stempel:**