

# Anmeldung radiologische Untersuchung

## FACHRICHTUNGEN

- Abdominale Radiologie   
  Muskuloskeletale Radiologie   
  Neuroradiologie   
  Urogenitale Radiologie  
 Kardiovaskuläre Radiologie   
  Mammadiagnostik   
  Thorakale Radiologie

## PATIENTEN-INFORMATION

- Ambulant   
  Tagesklinik   
  Stationär

Name \_\_\_\_\_  m  w

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Angaben zur Versicherung

- Krankheit   
  Unfall

Grundversicherung \_\_\_\_\_

Karten Nummer (VEKA Nummer) \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

## Termin

- Bitte direkt zur Untersuchung aufbieten

Wunschtermin \_\_\_\_\_

Bestätigter Termin, Datum \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_

## UNTERSUCHUNG

- CT   
  MRI   
  Mammographie   
  Röntgen   
  Infiltration   
  Lumbalpunktion  
 CT Arthro   
  MR Arthro   
  Tomosynthese   
  Durchleuchtung   
  FNP   
  Konsilium/Zweitmeinung  
 Ultraschall   
  Biopsie

Organ/Region \_\_\_\_\_

## Diagnose

Untersuchung, Fragestellung, Klinische Angaben

## FALLRELEVANTE INFORMATIONEN

- Herzschrittmacher   
  Klaustrophobie   
  Metallsplitter   
  Schwangerschaft  
 Implantate   
  KM-Allergie   
  Niereninsuffizienz   
  \_\_\_\_\_

## ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Standort Praxis \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Datum / Signatur \_\_\_\_\_