

Anmeldung Radiologie

MRI CT Angio Ultraschall Röntgen

Name:		Tel. Privat:	
Vorname:		Tel. Geschäft/Natel:	
Geb. Datum:			
Strasse:		Kostenträger:	
PLZ/Ort:		Vers./Unfall-Nr:	
Gewünschte Untersuchung:			
Anamnese und klinische Angaben:			
Fragestellung:			
Labor			
Kreatinin/Clearance: (Für Untersuchungen mit KM i.v.)		Quick/NR: (für Interventionen)	Thrombozyten: (für Interventionen)
Allergien / Schilddrüsenüberfunktion / Implantate:			
Datum:			
Ärztin/Arzt: (Stempel u. Unterschrift)			
<input type="checkbox"/> Patient bitte aufbieten:		<input type="checkbox"/> Patient hat Termin am:	
Befundkopie an :			

Bitte Voruntersuchungen mitbringen!