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:**