Name:       Vorname:

Lediger Name:       bei Kindern; Eltern:

Geburtsdatum:       Versicherung:

Adresse:       Tel. P / G:

PLZ / Ort:       Mobile:

[ ] Patient aufbieten [ ]  Patient aufbieten Patient hat Termin am:

**Gewünschte Untersuchung**

|  |
| --- |
|       |

**Klinische Angaben/Fragestellung**

|  |
| --- |
|       |

**Wichtige Zusatzinformationen für CT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nein |  | Ja | Nein |
| Nierenerkrankung | [ ]  | [ ]  | Schilddrüsenfunktionsstörung | [ ]  | [ ]  |
| Schwangerschaft | [ ]  | [ ]  | Diabetes (Metoformin) | [ ]  | [ ]  |
| Allergien | [ ]  | [ ]  |  |  |  |

wenn ja, welche :

Aktueller Kreatinin-Wert:       bei Interventionen: Quick/INR:

Datum:       **Zuweisender Arzt/Ärztin**

 (Stempel/Telefon)

Befundkopie an:

[ ]  Befund ohne CD