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 MRI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Ja | | Nein | |  | | Ja | | Nein | |
| Herzschrittmacher |  | |  | | Nierenerkrankung | |  | |  | |
| Herzklappenersatz |  | |  | | Allergien | |  | |  | |
| Metall im Körper |  | |  | | Schwangerschaft | |  | |  | |

wenn ja, welche :

Aktueller Kreatinin-Wert:

bei MR-Arthografien: Quick / INR:       Thrombozyten:

Datum:       **Zuweisender Arzt / Ärztin**

(Stempel / Telefon)

Befundkopie an:

Befund ohne CD