

## Anmeldung zur Untersuchung

Name, Vorname	Geb. Datum	Geschlecht
Strasse, Nr.	PLZ, Wohnort	
Telefon		

Dringlichkeit:     Notfall (heute)     sobald wie möglich     nicht dringend

Datum: \_\_\_\_\_

Frühere Untersuchungen: \_\_\_\_\_ Wann/wo? \_\_\_\_\_

Patient soll schriftlich/telefonisch aufgeboten werden

Patient ruft selbst zur Terminvereinbarung an

**1. Gewünschte Untersuchung:**

Röntgen     Ultraschall     CT     Durchleuchtung     MRI

Gewünschte Körperregion:     rechts     links

**2. Klinische Angaben:** (Anamnese, Operation, Labor, ggf. Therapie)

**3. Fragestellung:**

**4. Notwendige Angaben/Besonderes:**

Allergie?

Für CT: Kreatinin:

Klaustrophobie?     ja /  nein

Für Punktionen: Thrombozyten:

Schwangerschaft?     ja /  nein

Quick:

**5. Zuweisender Arzt/Datum:**  
(Stempel und Unterschrift)

Ausführende MTRA

**6. Berichterstattung per:**

Mail

A-Post

Fax

Telefon

Befundkopie an: \_\_\_\_\_

Zustellung der Bilder erwünscht

wenn ja:  CD  Filme