



# Anmeldung zur Radiologieuntersuchung

Anmeldung Radiologie  
S0300

## Personalien

SRO Patientenkleber

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Adresse:

Tel.:

Handy:

## Klinische Angaben, Voruntersuchungen und Fragestellungen

 Krankheit     Unfall     Vorsorgeuntersuchung

### Gewünschte Untersuchung

- |                                      |   |         |
|--------------------------------------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Röntgen     | <input type="checkbox"/> Mammographie           | Region: |
| <input type="checkbox"/> Sonographie | <input type="checkbox"/> anderes                |         |
| <input type="checkbox"/> Farbdoppler | <input type="checkbox"/> Bestmögliche Modalität |         |
| <input type="checkbox"/> CT          | <input type="checkbox"/> FNP/Biopsie (TC/Quick) |         |
| <input type="checkbox"/> MRI         |   |         |

### Termin

- |   |   |       |
|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Nicht dringend | Untersuchungstermin:                      | Zeit: |
| <input type="checkbox"/> Dringend       | <input type="checkbox"/> Bitte Aufbieten! |       |

### Risikofaktoren

- |                                  | Ja                       | Nein                     | CT:   | Ja                       | Nein                     |         |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---------|
| Schwangerschaft                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergien   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche? |
| MRI: Implantate<br>(Pacer, ect.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hyperthyreose   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
|                                  |                          |                          | Kreatininwert:  |                          | eGFR:                    |         |
|                                  |                          |                          | <small>(nicht älter als ca. 7 Tage, bei Patienten ab 70 Jahren oder bekannter Nephropathie)</small> |                          |                          |         |

### Gewünschte Dokumentation

- 
- nur Befund
- per Mail**
- 
- 
- nur Befund
- per Fax**
- 
- 
- CD/DVD
- 
- 
- Papierausdruck

Zuweisender Arzt:

Visum MTRA

Telefon:

Befundkopie an:

Datum:

**Besten Dank für Ihre Zuweisung!**