



ANMELDUNG

Patient Herr Frau Patient bitte direkt aufbieten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. Privat:

Mobil:

E-Mail:

Krankenkasse:

Unfallvers.:

Termin:

Modalität:

Magnetresonanztomografie

MR-Arthrografie

Computertomografie

PET / CT

SPECT / CT

Mammografie

DEXA

Röntgen / Durchleuchtung

Ultraschall

Bestmögliche Methode

Gewünschte Untersuchungen: Regionen / Organe / Technik:

Zusatzangaben:

Serum-Kreatinin: $\mu\text{mol/l}$

Herzschrittmacher: Ja Nein

Voraufnahmen:

Medizinische Angaben [Anamnese / Fragestellung]:

Kopie an:

Zuweisender Arzt

Name:

Vorname:

Telefon:

Unterschrift: