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