

# MRT Anmeldeformular

(Bitte Voraufnahmen mitbringen)



männlich       weiblich

Patient anbieten       Patient hat Termin am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

## Gewünschte Untersuchung:

## Kostenträger

Krankenkasse gesetzl    Privat    BG    Selbstzahler

\_\_\_\_\_  
Name Versicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungs-Nr.

## Klinische Angaben / Fragestellung:

### Erforderliche Angabe

\_\_\_\_\_  
Allergien       Ja    Nein

\_\_\_\_\_  
Blutverdünner/Medikamente    Ja    Nein

Insulin-/ Schmerzpumpe    Ja    Nein

Herzschrittmacher    Ja    Nein

Neurostimulator    Ja    Nein

Innenohrimplantat    Ja    Nein

Metallimplantate    Ja    Nein

Platzangst    Ja    Nein

Schwangerschaft    Ja    Nein

Patientin stillt    Ja    Nein

\_\_\_\_\_  
Kreatininwert

\_\_\_\_\_  
vom

\_\_\_\_\_  
Quick-/INR-Wert

\_\_\_\_\_  
vom

### Befund und Bilddokumentation

Fax – Nr. \_\_\_\_\_

Schnellbefund Tel-Nr. \_\_\_\_\_

Post \_\_\_\_\_

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

Bildportal

Bilder CD

### Zuweisender Arzt

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ärztin/Arzt Stempel und Unterschrift

Falls Sie den reservierten Termin nicht wahrnehmen können, bitte wir Sie uns spätestens 24 Stunden vorher zu benachrichtigen.