

Anmeldung MRI

Name _____	Adresse _____
Vorname _____	PLZ/Ort _____
_____ männlich _____ weiblich	Telefon _____
Geburtsdatum _____	Natel _____
Wunschtermin _____	

Patient meldet sich selbst

Patient aufbieten

Termin schon vereinbart

Bitte nehmen Sie auswärtig angefertigte frühere Bilder mit!

Gewünschtes MRT

Klinische Angaben

Fragestellung

Für i.v. Kontrastmittel

Allergie gegen MR-Kontrastmittel

Kreatinin

Datum

Für Intervention/Punktion

INR (Quick)

Datum

Thrombo

Datum

Orale Antikoagulation

abgesetzt am

Platzangst?

ja

nein

Implantate/Fremdkörper

ja

nein

Befundkopie an

Name _____

Dokumentation auf CD

Strasse _____

zusätzlich A4-Papierausdruck

PLZ _____

Tel. Befundübermittlung an

Anmeldung bitte faxen: 044 863 23 27

Datum _____

Name _____

Stempel und Unterschrift