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 CT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Ja | | Nein | |  | | Ja | | Nein | |
| Nierenerkrankung |  | |  | | Schilddrüsenfunktionsstörung | |  | |  | |
| Schwangerschaft |  | |  | | Diabetes (Metoformin) | |  | |  | |
| Allergien |  | |  | |  | |  | |  | |

wenn ja, welche :

Aktueller Kreatinin-Wert:       bei Interventionen: Quick/INR:

Datum:       **Zuweisender Arzt/Ärztin**

(Stempel/Telefon)

Befundkopie an:

Befund ohne CD