

ANMELDEFORMULAR

Die mit "*" gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

TERMIN:*	<input type="radio"/> Dringend	<input type="radio"/> Termin aufbieten	<input type="radio"/> Termin bereits vereinbart auf: _____
	<input type="radio"/> Krankenkasse	<input type="radio"/> Unfall	
Krankenkasse:*	_____	Karten-Nr. /VEKA-Nr.:*	_____
Unfallversicherung:*	_____	Unfallschaden-Nr.:*	_____
		Unfalldatum:*	_____

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Vorname:*	_____	Geschlecht:*	_____	Geb. Dat.:*	_____
Name:*	_____				
Strasse Nr.:	_____	E-Mail:*	_____		
PLZ, Ort:	_____	Telefon/Mobil:*	_____		

Haben Sie irgendwelche externe Untersuchungsberichte?* - Ja (bringen Sie eine Kopie des Berichts mit) Nein

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG*

<input type="checkbox"/> MRT	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Mammo	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> DL	<input type="checkbox"/> DEXA	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie
<input type="checkbox"/> Sonstige:	_____						

MEDIZINISCHE / KLINISCHE VORGESCHICHTE DES PATIENTEN

Notwendige Untersuchungsangaben:*

<input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Stillzeit	<input type="checkbox"/> SARS-COV-2 positiv
<input type="checkbox"/> HIV / Hepatitis B/C	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> keine bekannt	

Labor:

Datum der Laboruntersuchung: _____

Kreatinin: _____ Quick / INR: _____ TC: _____
($\mu\text{mol/l}$)

Klinische Angaben / Fragestellung:*

Allergien /Anmerkungen:*

KONTRAINDIKATIONEN*

MRT:

<input type="checkbox"/> Neurostimulatoren	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/CIED/ICD	<input type="checkbox"/> Aneurysmen-Clips	<input type="checkbox"/> Metallfremdkörper / Implantate
<input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Medikamenten-Infusionspumpen	<input type="checkbox"/> Klaustrophobie	<input type="checkbox"/> Keine Kontraindikationen

CT:

<input type="checkbox"/> Diabetesmellitus	<input type="checkbox"/> Einnahme von Metformin	<input type="checkbox"/> Hyperthyreose	<input type="checkbox"/> Keine Kontraindikationen
---	---	--	---

BEFUND*

<input type="checkbox"/> HIN - Mail: _____	<input type="checkbox"/> Tel.-Nr.: _____
<input type="checkbox"/> Post: _____	<input type="checkbox"/> Fax: _____
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____	

Erklärung:*

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden. Ich habe den gesamten Inhalt dieses Formulars gelesen und verstanden.

**Zuweisender
Arzt:**

Unterschrift:

Datum: