

Von Zuweiser-Praxis auszufüllen

Telefonnummer für Rückfragen _____

Ansprechpartner*in für Rückfragen _____

Termin für

Name _____ Vorname _____

Krankenkasse _____ Geburtsdatum _____

Praxisstempel

Untersuchung

CT Untersuchungsbereich _____ KW _____

MRT Untersuchungsbereich _____ KW _____

Diagnose

Metformin Nein Ja

Schilddrüsenmedikament Nein Ja Welches: _____

Kontrastmittelunverträglichkeit Nein Ja Welches: _____

Herzschrittmacher Nein Ja

Rollstuhl Nein Ja

Sonstige Implantate _____

Sonstige Anmerkungen _____

Ort, Datum

Unterschrift der anfordernden Person

Vom Radiologie Zentrum Schwabmünchen auszufüllen

Termin CT am _____

MR am _____

Für die Untersuchung bitte folgende Laborwerte und Vorbereitungen treffen:

Kreatinin

TSH basal

Vor Untersuchung nichts essen

Metforminhaltige Medikamente absetzen (2 Tage vor und 2 Tage nach der Untersuchung)

1 Liter stilles Wasser 1 Stunde vor der Untersuchung langsam schluckweise trinken

Sonstige Anmerkungen

Kürzel / Telefon / Ansprechpartner*in