



Ansprechpartner*in für Rückfragen _____

Telefonnummer für Rückfragen _____ Abteilung _____

Dringlicher Termin am Folgetag

Regeltermin innerhalb von 3 Werktagen

Patient*in

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____ privat gesetzlich

Untersuchung

CT Untersuchungsbereich _____

MRT Untersuchungsbereich _____

Diagnose / Fragestellung _____

Herzschrittmacher

Nein Ja Welches Modell? _____

Kardiologisches Konsil erfolgt am _____ durch _____ (Kardiologe/ Kardiologin)

Kardiologischen Standby während MRT-Untersuchung erforderlich Nein Ja

Sonstige Metalle, Implantate, Stents, Bypässe oder sonstiges Künstliches im Körper?

Nein Ja Was? _____ Seit wann? _____

Was? _____ Seit wann? _____

Ist der*die Patient*in schon im Untersuchungsbereich operiert worden?

Nein Ja Was? _____ Wann? _____

Was? _____ Wann? _____

Liegt eine Kontrastmittelunverträglichkeit gegen Gadolinuimhaltiges KM vor?

Nein Ja Welche Reaktion? _____ Wann? _____

Muss der*die Patient*in für die Untersuchung sediert werden?

Nein Ja Womit? _____

Kann der*die Patient*in laufen (Treppen steigen)?

Nein Ja

Liegt eine Betreuungsverfügung vor?

Nein Ja Ist Betreuer*in mit Durchführung der Untersuchung einverstanden? Ja

Ort, Datum

Unterschrift der anfordernden Person