



## Anforderungsbogen Krankenhaus

**Patient\*in** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Krankenkasse bzw. Kostenträger \_\_\_\_\_ ☐ privat ☐ gesetzlich  
Ansprechpartner\*in für Rückfragen \_\_\_\_\_  
Telefonnummer für Rückfragen \_\_\_\_\_ Abteilung \_\_\_\_\_  
☐ **Dringender Termin am Folgetag** ☐ **Regeltermin innerhalb von 3 Werktagen**

### Untersuchung

☐ CT Untersuchungsbereich \_\_\_\_\_  
☐ MRT Untersuchungsbereich \_\_\_\_\_

### Diagnose/Fragestellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Herzschrittmacher (Bitte Merkblatt „Herzschrittmacher“ beachten)

☐ Nein ☐ Ja Welches Modell? \_\_\_\_\_  
Kardiologisches Konsil erfolgt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_ (Kardiologe/Kardiologin)  
Kardiologischen Standby während MRT-Untersuchung erforderlich ☐ Nein ☐ Ja

### Sonstige Metalle, Implantate, Stents, Bypässe etc. im Körper? (Bitte Merkblatt „Implantate“ beachten)

☐ 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 gegenüber gadolinium- oder jodhaltiges KM vor?

☐ Nein ☐ Ja Welche Reaktion? \_\_\_\_\_ Welches KM? \_\_\_\_\_

### 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 Betreuer\*in ist mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden: ☐ Ja

Ort, Datum

Unterschrift der anfordernden Person