



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