



Anforderungsbogen Praxis

Von Zuweiser-Praxis auszufüllen

Termin für

Name _____ Vorname _____

Geb. _____ Tel. Mobil _____

Krankenkasse/Kostenträger _____

Praxisstempel

privat gesetzlich

Ansprechpartner*in für Rückfragen _____ Telefonnummer _____

Hausarztvermittlungsfall (T-Termin Haus-/Kinderarzt – bitte unsere BSNR 705 306 200 vermerken)

TSS-Vermittlungscode _____ Code _____ PLZ und E-Mail-Adresse des Patienten/der Patientin _____

Untersuchung

CT Untersuchungsbereich _____ KW _____
 MRT Untersuchungsbereich _____ KW _____

Diagnose _____

Nierenerkrankung Ja Nein
Schilddrüsenmedikament Ja Nein Welches? _____
Kontrastmittelunverträglichkeit Ja Nein Welche? _____
Herzschriftmacher Ja Nein
Rollstuhl Ja Nein

Sonstige Implantate _____

Sonstige Anmerkungen _____

Ort, Datum

Name, Unterschrift der anfordernden Person

BSNR: 705 306 200; Fax-Nr.: 08232/95985-14; KIM-Adresse: radiologie-zentrum-schwabmuenchen@dgn.kim.telematik

Vom Radiologie Zentrum Schwabmünchen auszufüllen

Termin CT am _____ MRT am _____

Für die Untersuchung bitte folgende Laborwerte und Vorbereitungen treffen:

Kreatinin TSH basal Vor der Untersuchung nichts essen
 1 Liter stilles Wasser 1 Stunde vor der Untersuchung langsam schluckweise trinken

Sonstige Anmerkungen _____