



Anforderungsbogen Praxis

Von Zuweiser-Praxis auszufüllen

Termin für

Name _____ Vorname _____

Geb. _____ Tel. Mobil _____

Krankenkasse/Kostenträger _____

☐ 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? _____

Herzschrittmacher

☐ 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 _____

Telefonnummer für Rückfragen

Name, Unterschrift Ansprechpartner*in