RZM Radiologisches Zentrum München-Pasing

Untersuchungsauftrag

Patientenetikett/-daten

Versicherung: ☐ allgemein ☐ privat

Klinik: _____

Station: _____

Stationsarzt: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Stempel/Unterschrift:

Termin: _____

CT/ MRT:

- ☐ Schädel
- ☐ Mittelgesicht (NNH)
- ☐ Hals
- ☐ Thorax
- ☐ Herz
- ☐ Abdomen
- ☐ Becken
- ☐ Extremitäten, Region: _____
- ☐ Gelenke, Region: _____
- ☐ Knöchern, Region: _____
- ☐ Wirbelsäule, Region: _____
- ☐ andere: _____

NUK:

- ☐ Skelett
- ☐ Schilddrüse
- ☐ Lunge
- ☐ andere:

Bitte wesentliche klinische Befunde, Röntgenbilder-, Sonographiebilder und Laborwerte mitgeben.

Klinische Angaben: (Anamnese, Klinische Diagnose, Fragestellung)

_____

_____

_____

_____

Herzschrittmacher, Implantate (Cochlea, Schmerzpumpen o. ä.): ☐ ja ☐ nein
→ Schließt in der Regel eine MRT-Untersuchung aus.

Hyperthyreose: ☐ ja ☐ nein TSH-Wert: _____

Eingeschränkte Nierenfunktion: ☐ ja ☐ nein Kreatinin-Wert: _____