|  |
| --- |
| [ ]  **Patient bitte aufbieten**       |
| [ ]  **Patient hat Termin am:**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anmeldung zur Herzbildgebung** | [ ]  Kardio-CT [ ]  Kardio-MR | Anmeldung an Radiologie, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin |
| [ ]  Kardio-Nuk(Szintigraphie/SPECT) | Anmeldung an Klinik für Kardiologie |
| **Zuweiser:** |
| Dr. med. / Spital:       | Strasse, Nr.       |
| PLZ, Ort:       | Telefon       |
| Name:       | Vorname:       |  |
| Geb. Datum (Tag, Monat Jahr):  | Telefon Privat:       |
| Strasse:       | Telefon Handy:       |
| PLZ/Ort:       | Telefon Geschäft:       |
| **Kostenträger:** [ ] Krankenkasse [ ]  Selbstzahler | **Name Krankenkasse und Mitglieder-Nr.:**      |
| **Anamnese:**       |
| **Fragestellung:**  |
| **Allergien / Implantate (z.B. Herzschrittmacher / ICD):**  |
| **Serum-Kreatinin (für CT, MR):** **Besteht ein Vorhofflimmern:**  ja [ ]  nein [ ]   |
| **Ich wünsche folgende Befund-Dokumente:** | [ ]  nur CD / zuzüglich CD |
|       | [ ]  Elektronische Bildübermittlung (H-Net) |
| [ ]  Befund faxen       |
| [ ]  Befund per HIN-Mail (inkl. Link für die Bilder) |
| [ ]  Telefonische Mitteilung des Befundes erwünscht |
|  |  |
| **Datum**  | **Ärztin/Arzt (Stempel und Unterschrift):** |
| **Befundkopie an:**  |

**Bitte Voruntersuchungen und persönlichen Versicherungsausweis mitbringen!**