|  |
| --- |
| **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!**