

**ANMELDUNG SZINTIGRAFIE UND/ODER RSO****PATIENTENDATEN**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon / Fax

Kostenträger:

 Privat  Selbstzahler  Kasse

Wunschtermin: \_\_\_\_\_

**KLINISCHE ANGABEN**

Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm

Kontrastmittelallergie bekannt?  ja  neinGerinnungshemmer?  ja  nein

gewünschte Untersuchung/Fragestellung

Bemerkungen

**ÄRZTIN/ARZT**

Name

Krankenhaus

Station

Telefon

Fax

Voruntersuchungen

Diagnosen

Medikamente

Gelenke zur RSO

Unterschrift