

## Anmeldung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  m  w

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Mitglieder-Nr.: \_\_\_\_\_

**Termin**  bereits vereinbart \_\_\_\_\_  bitte aufbieten

**Dringlichkeit**  Notfall  bald  elektiv

Telefonnummer für Befundmitteilung \_\_\_\_\_

**Besondere Wünsche/Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

### RÖNTGENINSTITUT BADEN

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Optimales bildgebendes Verfahren   | <input type="checkbox"/> Röntgen                    |
| <input type="checkbox"/> Mammadiagnostik  | <input type="checkbox"/> Ösophagus-Breischluck      |
| <input type="checkbox"/> Sonographie erfolgt durch Überweiser   | <input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie  |
| <input type="checkbox"/> Knochendichte-Messung (DEXA)   | <input type="checkbox"/> MRCP                       |
| <input type="checkbox"/> Sonographie  | <input type="checkbox"/> MR-Enteroklyse             |
| <input type="checkbox"/> Duplex-Sonographie   | <input type="checkbox"/> MR-Angiographie            |
| <input type="checkbox"/> Sonographisch gesteuerte FNP/Biopsie   | <input type="checkbox"/> Computertomographie        |
| <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> anderes | <input type="checkbox"/> CT-gesteuerte Infiltration |
| <input type="checkbox"/> _____  |   |

### AMBULANTE GASTROENTEROLOGIE BADEN

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sonographie          | <input type="checkbox"/> PEG-Sondenanlage            |
| <input type="checkbox"/> Elastographie        | <input type="checkbox"/> Stent-Einlage               |
| <input type="checkbox"/> Duplex-Sonographie   | <input type="checkbox"/> Dilatation                  |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie         | <input type="checkbox"/> Atemtest Helicobacter (C13) |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie           | <input type="checkbox"/> Atemtest Laktose (H2LTT)    |
| <input type="checkbox"/> Rekto-Sigmoidoskopie | <input type="checkbox"/> Atemtest Fruktose (H2FTT)   |
| <input type="checkbox"/> Proktoskopie         | <input type="checkbox"/> Gastroenterolog. Konsilium  |
|   | <input type="checkbox"/> Hepatologisches Konsilium   |
| <input type="checkbox"/> _____                |  |

**Klinische Angaben:** \_\_\_\_\_

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

#### MRI

Schrittmacher, Defibrillator, Gelenkersatz, Herzklappen, Cochlea-Implantate, Piercing, Metallsplitter, Neurostimulator, Gefässclips  
 nein  ja \_\_\_\_\_

MRI-KM-Allergie  nein  ja

Kreatinin: \_\_\_\_\_

#### CT/Röntgen mit KM

Rö-KM-Allergie  nein  ja

TSH: \_\_\_\_\_ Kreatinin: \_\_\_\_\_

#### Schwangerschaft

nein  ja

#### Funktionstests

Antibiotika in den letzten 6 Wochen  
 nein  ja \_\_\_\_\_

#### Endoskopie/Punktion/Biopsie

Gerinnungsstörung  
 nein  ja \_\_\_\_\_

Antikoagulation  
 nein  ja \_\_\_\_\_

Thrombozytenhemmer  
 nein  ja \_\_\_\_\_

INR: \_\_\_\_\_ PTT: \_\_\_\_\_

Thromb.: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Stempel und Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Standarddokumentation:**  Online-Zugriff (nach Registrierung) **Zusätzliche Möglichkeiten:**  Papiaausdruck