



Terminvereinbarung zum Kardiovaskulären MRT

Fax: 09561 22-6490, Tel: 09561 22-6415

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Fragestellung: _____



Hausarzt: _____

Wichtig: _____

Telefon Pat.: _____

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulant Privatversichert |
| <input type="checkbox"/> Stationär Chefarztwahl |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Krankenhausleistung |
| <input type="checkbox"/> Private Zusatzversicherung |

Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen!)

Herz:

Kardio Stress MRT:

- Adenosin Regadenoson Dobutamin
- Myokarditis Kardiomyopathie (inklusive Speichererkrankungen) Vitalität
- Vaskuläre Diagnostik
- Sonstige MRT Untersuchungen je nach Fragestellung

Mögliche Untersuchungseinschränkungen (bitte Rücksprache!)

- Keine Untersuchungseinschränkungen
- Herzschrittmacher, implantierter Defibrillator, Neurostimulator, Gehörimplantate
- Eisenhaltige Metallteile im Körper, z. B. Granatsplitter, Prothesen, Schrauben, Clips...
- Piercings, Tätowierungen, Permanent Make-up
- Herz-Operationen? Kopfoperationen? Wann? Welche? _____
- Nierenfunktion: Kreatinin _____ GFR _____
- Schwere COPD/Asthma (Dobutamin möglich -> bei KI zu Dobutamin ist Regadenoson möglich)
- Allergien _____

Terminwunsch: _____

- Vorstationär (nur mit Verordnung Krankenhausbehandlung)

Ohne eine Verordnung Krankenhausbehandlung können wir die Untersuchung zum vereinbarten Termin nicht durchführen!

- Konsil*

Datum: _____

Unterschrift / Klinik / Praxisstempel

Terminvergabe Cardio- MRT

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Unterschrift: _____