

Anmeldebogen MRT

Ihr Termin:

(Bitte 15min. vor Ihrem Termin in der Praxis sein)

Persönliche Daten

Name..... Vorname.....

Geburtsdatum.....

Straße & Nr..... PLZ Wohnort.....

Festnetz..... Mobil.....

E-Mail.....

Tarifgruppe bitte unbedingt kennzeichnen, um Abrechnungsfehler zu vermeiden:

Beihilfe 1,8 / 2,3	GOÄ-Normal 1,8 / 2,3	Standard-Tarif 1,38 / 1,8	Privatstudentisch 1,3 / 1,7	Basistarif 1,0 / 1,2	PostBeaKK 1,5 / 1,9	KVB 1,8 / 2,2
-----------------------	-------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------	------------------------	------------------

Steigerung 2,5 / 3,5	Steigerung 2,5 / 3,5	Keine Steigerung	Keine Steigerung	Keine Steigerung	Steigerung nur auf Beihilfeanteil	Steigerung nur Klasse IV
-------------------------	-------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	--------------------------------------	-----------------------------

Überweiser

Überwiesen von (Bitte nur den Namen des Arztes angeben)

.....

Achtung: Für Herzschrittmacherpatienten ist der Zutritt nur nach ärztlicher Rücksprache möglich.

Fragen zur Untersuchung

Größe..... Gewicht.....

Welches Körperteil soll untersucht werden?.....

Schildern Sie bitte Ihre jetzigen Beschwerden

.....
.....

Hatten Sie bereits eine CT-/ MR-Untersuchung?

Nein

Ja O, wann und wo:.....

Haben Sie Allergien?

Nein

Ja O, welche:.....

Wurde bei ihnen eine bösartige Erkrankung (Krebs) diagnostiziert?

Nein

Ja O, welcher Art:.....

Haben Sie eine Herzerkrankung?

Nein

Ja O, welche:.....

-
- Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.
 - Zukünftig bin ich mit der Übermittlung meiner Daten an weitere nicht genannte
 - Ärzte einverstanden, wenn diese für meine Weiterbehandlung angefordert werden.
 - Ich bin mit der Verwendung meiner Daten in anonymer Form für wissenschaftliche Auswertungen einverstanden.
-

Datum, Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. der/des Erziehungsberechtigten
