

AOK LKK BKK IKK VdAK AEV Knappschaft



Klinikum Rechts der Isar



Technischen Universität München

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Abteilung für Neuroradiologie

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Anstalt des öffentlichen Rechts

Leiter: Prof. Dr. C Zimmer

Anforderung einer neuroradiologischen Untersuchung / Intervention

(für auswärtige Krankenhäuser / Praxen)

FAX (Anmeldung): 089 4140 4887

Untersuchungsdatum: Dringlichkeit: elektiv Notfall

Zuweiser:

Kostenträger

ambulant Krankenkasse (s.o.) Selbstzahler

stationär Privat mit Wahlleistung Gutachten

Privat ohne Wahlleistung Notfall

Wissenschaft

Gewünschte Untersuchung:

- CT MRT funktionelle MRT Angiographie / DSA
- Myelographie Periradikuläre Therapie Facettengelenksblockade Neuroradiologische Intervention
- Dentale MRT Fetale MRT MRT – Neurographie (Nerven) Sonstiges

Schwanger: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ungewiss	KM-Allergien: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzschrittmacher: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Metallimplantate: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Antikoagulation: 	Quick: 	TSH:
				PTT: 	Kreatinin: 	
				Labor vom: <input type="text"/>		

Körperregion: Gehirn Wirbelsäule Kiefer Periphere Nerven Fötus

Anamnese / Fragestellung:

Untersuchung und Befund werden gewünscht von:

Datum: **Stempel:** **Unterschrift:** **Telefon / Fax:**