

Terminvereinbarung zum Kardiovaskulären MRT

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

Name: _____



Hausarzt: _____

Vorname: _____

Wichtig: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon Pat.: _____

Adresse: _____

- Ambulant Privatversichert

Stationär Chefarztwahl

Allgemeine Krankenhausleistung

Private Zusatzversicherung

Fragestellung: _____

Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen!)

Herz:

- Kardio Stress MRT Adenosin **oder** Dobutamin
- Kardio Stress MRT Mechanisch (Stepper Ergospect)
- Myokarditis Kardiomyopathie Vitalität Speichererkrankung
- Vaskuläre Diagnostik
- Sonstige MRT Untersuchungen je nach Fragestellung

!!! Bitte beachten Sie, dass in unserer Einrichtung die 3G-Regelung Anwendung findet. !!!

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? Kopfooperationen? Wann? Welche? _____
- Nierenfunktion: Kreatinin** _____ **GFR** _____
- COPD/Asthma (nur Dobutamin Stress möglich) _____
- Allergien _____

Terminwunsch: _____

Vorstationär (nur mit stationärer Einweisung)

Konsil

Datum _____

Unterschrift / Klinik / Praxisstempel _____

Terminvergabe Cardio- MRT

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Unterschrift: _____