

Patient		Anfordernde Stelle/Überweisender Arzt	
_____	_____	_____	_____
Name, Vorname,	Geburtsdatum	Ansprechpartner	
_____	_____	_____	_____
Straße		Faxnummer	
_____	_____	_____	_____
Ort	Telefon	Datum	Unterschrift
_____	_____	_____	_____
Versicherungsstatus/ggf. Kostenübernahme		Telefon für Rückfragen	

Wunschtermin (Der Patient muss zwingend (mind. 6 Std.) nüchtern erscheinen!)

Anamnese/Fragestellung: _____

Bisherige Diagnose und Therapie:

(Operationen, Therapien etc. bitte mit Zeitangaben, sofern relevant) Vordiagnostik bitte möglichst auf CD mitgeben bzw. vorab einlesen lassen!

Operation: ja nein wann? _____

Chemotherapie ja nein wann beendet? _____

Strahlentherapie ja nein wann beendet? _____

Voruntersuchung PET ja nein wann/wo? _____

Voruntersuchung CT ja nein wann/wo? _____

Kontrastmittelallergie ja nein

Patientendaten:

Diabetes mellitus ja nein Falls ja, bitte Rücksprache

Insulin

Orale Med., Metformin-Pause am Untersuchungstag erforderlich!

Aktuelle Werte Kreatinin: _____ TSH: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

(< 2 Wochen) Medikation: _____

So erreichen Sie uns:

Engschalkinger Straße 77, 81925 München (Neben dem Haupteingang im Klinikum Bogenhausen)

U-Bahn: U4 (Arabellapark) - Bus: 59,154,184,186,189 (Klinikum Bogenhausen)