



Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Radiologie,
Neuroradiologie und Nuklearmedizin

DR. MED. SHAHAB
DR. MED. KRUSE
DR. MED. STRUK
DR. MED. MIELKE
DR. MED. LUKAS
DR. MED. HOLLENHORST
DR. MED. FALCK
M. LUDWIG
K. HÖNL
DR. MED. UNIV. SCHERER

Standort Iserlohn

58638 Iserlohn
Hochstraße 63
Tel.: 02371/8191-0
Fax: 02371/26947
www.radiologie-iserlohn.de

Name u. Anschrift (Praxis, KH) inkl. Fax der/s anfordernden Kollegen/in:

Fax:

Angaben zum/r Patienten/in:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: ____ / ____ / _____

Telefonisch erreichbar unter: _____

Angaben zur Erkrankung:

Grunderkrankung:

Fragestellung:

Ist eine aktuelle Schnittbildgebung vorhanden?

ja (Körperregion: _____; bitte CD zusenden)

nein

Bisher erfolgte Therapie:

Zeitpunkt bzw. Zeitraum

Chemotherapie

Operation

Strahlentherapie

Antibiotikatherapie

Vorerkrankungen:

Schilddrüsenüberfunktion

Niereninsuffizienz

Diabetes mellitus (Metformin?)

Kontrastmittelallergie

Bitte senden Sie uns den letzten stationären oder auch ambulanten Arztbrief mit diesem ausgefüllten Anforderungsbogen per Fax an 02371 / 26947.

Die Durchsicht dieser Daten und Unterlagen dient neben der gesetzlich vorgeschriebenen Überprüfung der Rechtfertigenden Indikation auch der Festlegung der optimalen Untersuchungstechnik.

Erst danach kann fermündlich eine Terminvergabe an den/die Patient/in erfolgen.

Mit bestem Dank für Ihr Verständnis und Ihre Bemühungen.

Ihr Team der Radiologie Iserlohn/Menden