

Anmeldung für kardiale Magnet-Resonanz-Tomographie

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon: _____

Krankenkasse (nur private Krankenkasse):



KARDIOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
AM PARK SANSSOUCI

Fachärzte für Innere Medizin/Kardiologie

Dr. med. Philipp Boyé

Dr. med. Regina Gaub

Dr. med. Gerhard Janßen

Dr. med. Beate Wild

Fax: 0331 – 95 13 05 54

Indikation:

Stress-MRT (Adenosin-Gabe): ja nein

Anamnese (KHK? Myokardinfarkt? Bitte ggf. Arztbrief/Befunde beifügen):

Checkliste vor MRT:

Eingeschränkte Nierenfunktion?: ja nein

Wir benötigen ein aktuelles Kreatinin und GFR (< 3 Monate)

Metallische Implantate?: ja nein

Bekannte Lungenerkrankung (insbesondere Asthma bronchiale)?

ja nein

Praxis:

Unterschrift

Datum

FAX Nummer

Kardiologische Gemeinschaftspraxis (BAG) am Park Sanssouci
Zimmerstr. 7a, 14471 Potsdam

Tel: 0331 – 95 13 05 53 oder -29 76 29

FAX: 0331 – 95 13 05 54