Praxis für Radiologie und Nuklearmedizin Wittenau

Wir benötigen mehrere Blutwerte für die Untersuchung:

O KREATININ O TSH
O GFR
O PTT O QUICK

- Name, Vorname: _____
- Datum: _____
- Geb-Datum _____
- Ihre Telefonnr: _____
- Ihr Gewicht: _____ kg
- Ihre Größe: _____ cm

Damit wir Sie optimal untersuchen können bitten wir Sie um detaillierte Angaben bezüglich der zu untersuchenden Region.

- **Welche Beschwerden haben Sie in der Untersuchungsregion, Wann und Wobei treten Sie auf?**

_____

_____

_____

- **Hatten Sie einen Unfall / Verletzung im fraglichen Bereich?** O ja O nein

  Wenn ja, wann? _____

  Was ist passiert? _____

- **Hatten Sie eine Operation im fraglichen Bereich?** O ja O nein

  Wenn ja, wann? _____

  Was wurde gemacht? _____

- **Sind oder waren Sie ein Tumor-Patient ?** O ja O nein

  Wenn ja, wann? _____

  Welcher Tumor?_____

- **Sind Sie Raucher?** O ja O nein