

Untersuchungstermin:  _____	Anmeldung: 0316/ 331-3560 oder 0316/ 3077	Kostenträger:  _____
-----------------------------------	--	----------------------------

<b>Überweisung</b> <b>CT/MR-Zentrum</b> <b>Graz Geidorf</b>		<b>MR - Institut für Bildgebende Diagnostik der Kreuzschwestern</b> <b>Vorstand: Univ.-Prof. Dr. G. Ranner</b> <b>Kreuzgasse 35, 8010 Graz    Anmeldung: 0316/331-3560 oder 0316/3077    Fax: 0316/331-3563</b>	<b>Alle Kassen</b>
---	--	---	--------------------

<b>Patient:</b> Familienname                      Vorname <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> </table>											Tag			Monat		Jahr				Zuweisungsdiagnose/Fragestellung/Symptomatik:
Tag			Monat		Jahr															

Anschritt:	<b>Magnetresonanztomographie</b> <input type="checkbox"/> Schädel <input type="checkbox"/> Becken <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Sella <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Orbita <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Gesichtsschädel <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> Sprunggelenk <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> anderes Gelenk od. Weichteil/Region: <input type="checkbox"/> Mediastinum                      _____ <input type="checkbox"/> Oberbauch/ Retroperitoneum <input type="checkbox"/> MR-Angiographie/Region: _____ <input type="checkbox"/> MR-Mammographie <input type="checkbox"/> MR-Cholangio-Pancreaticographie Dokumentations CD gewünscht: <input type="checkbox"/> Ja Facharzt Empfehlung vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja
------------	---

<b>Versicherter</b> (nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist):  <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> </table>											Tag			Monat		Jahr			
Tag			Monat		Jahr														

Unterschrift des Patienten   <small>Ich bin mit digitaler Befund- u. Bildübermittlung an behandelnde Ärzte einverstanden.</small>
--

<b>Untersuchung durch:</b>     _____ Datum, Unterschrift und Stempel	<b>Allfällig notwendige Genehmigung des Kostenträgers: (Stempel)</b>     _____	<b>Zuweisender Arzt:</b>     _____ Datum, Unterschrift und Stempel
--	---	--

# LAGEPLAN

## GRAZ



**CT/MR - Zentrum  
Graz Geidorf**

**MR-Institut für Bildgebende Diagnostik  
der Kreuzschwestern**

Vorstand: Univ.- Prof. Dr. Gerhard Ranner

8010 Graz, Kreuzgasse 35

Anmeldung: 0316 / 331-3560

Fax: 0316 / 331-3563

e-mail: [mr@ctmrzentrumgraz.at](mailto:mr@ctmrzentrumgraz.at)

GVB-Autobuslinien 31, 38