



Fax-Nr. 0651 947-2587

## Anforderung von MRT-Untersuchungen für Kinder- und Jugendliche von extern

Anfordernder Arzt  
(Praxisstempel)

### Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsort, Geburtsdatum:

Straße, Wohnort:

Telefon:

Grund der Anforderung und konkrete Fragestellung an die Untersuchung:

Sind frühere MRT-Untersuchungen erfolgt? (Wenn ja, wann und wo?)

Bitte Bilder und Befunde ins Klinikum Mutterhaus mitbringen.

Ist eine Narkose erforderlich?

ja     nein