USZ Universitäts Spital Zürich

Klinik für Nuklearmedizin
Tel.: +41 (0)44 255 35 55
E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch
Web: www.nuk.usz.ch

Anmeldung konventionelle NUK

Name, Vorname
Strasse:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
Geburtsdatum:
Geschlecht: ☐ **männlich** ☐ **weiblich**

Auftraggeber/Zuweiser: (Stempel oder Blockschrift)

Gewünschte Befundübermittlung:
(Bildversand via Mail nicht möglich)

Email ☐
Fax ☐
H-NET ☐
Post ☐

Körpergewicht und -grösse:
Aufgrund der Substanzvorbereitung (Radiopharmakon) für den Patienten sind Körpergewicht und -grösse ein entscheidender Faktor. Deswegen bitten wir Sie um diese Angaben.

Körpergrösse/ Körpergewicht:

Falls Terminvergabe bereits erfolgt:
Zeit: Datum:

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit melde ich oben genannten/e Patienten/in zu folgender Untersuchung an (bitte entsprechendes ankreuzen):

Problemorientierte Abklärung Gemäss Fragestellung ☐
Skelettszintigraphie ☐
Skelettszintigraphie inkl. SPECT/CT ☐
MIBG Szintigraphie ☐
MoAb Infektszintigraphie ☐
Lungenperfusion (präoperativ) ☐
Lungenembolie (Perfusion/Ventilation) ☐
Dyn. Nierenszintigraphie MAG3 ☐
Stat. Nierenszintigraphie DMSA ☐
DTPA Clearance ☐
Sentinel-Lymphknoten ☐
Lymphangiographie ☐
Blutungsquelle ☐
Meckel-Divertikel ☐

Milz-Szintigraphie ☐
Magenentleerung / Darmtransit ☐
HIDA ☐
Nebenschilddrüsen-Szintigraphie ☐
Anderes:

Klinische Angaben

Fragestellung

Bemerkungen

Bei Unklarheiten oder Fragen bez. der optimalen Bildgebungsmodalität sind wir jederzeit direkt für Sie erreichbar unter der direkten ärztlichen Hotline 044 255 15 03.

Ihre Anmeldung wird an Patienten-Disposition NUK übermittelt. Die Zuweisung erfolgt persönlich an:
☐ Prof. Dr. M. Hüllner, ☐ PD Dr. M. Messerli, ☐ Dr. I. Engel-Bicik, ☐ Dr. U. Mühlematter ☐ Dr. C. Mader, ☐ Dr. A. Maurer, ☐ Dr. S. Beintner-Skawran, ☐ PD Dr. K. Stumpe oder ☐ pract. med. J. Schaab ☐ sonstige:

PDF-Formulare bitte zuerst lokal abspeichern, bevor Sie es versenden.