

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 Entzündungsszintigraphie

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 (bitte zutreffendes ankreuzen):
persönlich an PD Dr. M. Hüllner, PD Dr. M. Messerli, Dr. I. Engel-Bicik, Dr. D. Kenkel, Dr. C. Mader oder
Dr. A. Maurer sonstige: