

USZ Universitäts Spital Zürich Klinik für Nuklearmedizin Tel.: +41 (0)44 255 35 55 E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch Web: www.usz.ch/nuk Anmeldung NUK Therapien	Name, Vorname Strasse: PLZ, Ort: Telefon: E-Mail: Geburtsdatum: Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich
Auftraggeber/Zuweiser: (Stempel oder Blockschrift) Gewünschte Befundübermittlung: Email ☐ _____ inkl. Bilder H-NET ☐ _____ Post ☐ _____	<u>Körpergewicht und -grösse:</u> 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

Radiojodtherapie (Schilddrüse)

Neuroendokrine Tumoren (Lutetium-177-DOTATATE)

Meningeom (Lutetium-177-DOTATATE)

Prostatakarzinom (Lutetium-177-PSMA)

SIRT - Selektive interne Radiotherapie

Schmerztherapie bei Knochenmetastasen (Alpharadin / Xofigo)

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 04.

Ihre Anmeldung wird an Patienten-Disposition NUK übermittelt. Die Zuweisung erfolgt (bitte zutreffendes ankreuzen):

☒ persönlich an Frau Dr. I. Engel-Bicik ☐ persönlich an Herr Dr. S. Beintner-Skawran ☐ sonstige:

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