



UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Nuklearmedizin
 Tel.: +41 (0)44 255 18 18 Durchwahl 3
 E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch
 Fax: +41 (0)44 255 44 14
www.nuk.usz.ch

Anmeldung Hirn-Diagnostik

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 des Patienten.

Körpergrösse/ Körpergewicht:

Angemeldet für:
 Zeit: _____ Datum: _____

Sehr geehrte /r

Herr Prof. Dr. P. Stolzmann, Herr PD Dr. M. Hüllner; Frau Dr. C. Mader

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Hiermit melde ich oben genannten Patienten zu folgender Hirn-Untersuchung an:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Problemorientierte Abklärung
gemäss Fragestellung | <input type="checkbox"/> | <u>Klinische Angaben</u> |
| In der Regel PET/CT, gegebenenfalls PET/MRI | | |
| Explizit PET/MRI | <input type="checkbox"/> | |
| ¹⁸ F-FET (Tyrosin) | <input type="checkbox"/> | |
| ¹⁸ F-FDG PET | <input type="checkbox"/> | |
| Bei Demenzabklärung bitte folgendes anmerken:
MMSE, Dauer der Symptomatik | | |
| H ₂ O mit Diamox | <input type="checkbox"/> | |
| H ₂ O ohne Diamox | <input type="checkbox"/> | <u>Fragestellung</u> |
| ¹⁸ F-DOPA-PET/CT | <input type="checkbox"/> | |
| ¹¹ C-Racloprid | <input type="checkbox"/> | |
| ⁶⁸ Ga-DotaTATE | <input type="checkbox"/> | |
| Amyloid PET/CT mit Flutemetamol (Vizamyl) | <input type="checkbox"/> | |
| DatScan | | |
| Differenzierung Parkinson-Syndrom / essent. Tremor | <input type="checkbox"/> | <u>Bemerkungen</u> |
| Anderes: | <input type="checkbox"/> | |