



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 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 des Patienten.

Körpergrösse / Körpergewicht:

Angemeldet für:

Zeit:

Datum:

Sehr geehrter/r

Herr Prof. P. Stolzmann; Frau Dr. I. Engel-Bicik; Herr PD Dr. M. Hüllner; Frau Dr. C. Mader

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Hiermit melde ich oben genannten Patienten zu folgender Untersuchung an:

- Problemorientierte Abklärung Gemäss Fragestellung
- Skelettszintigraphie
- Skelettszintigraphie inkl. SPECT/CT
- MIBG Szintigraphie
- MOAB Entzündungsszintigrafie
- Lungenperfusion (präoperativ)
- Lungenembolie (Perfusion/Ventilation)
- Dyn. Nierenszintigraphie MAG3
- Stat. Nierenszintigraphie DMSA
- DTPA Clearance
- Sentinel-Lymphknoten
- Ausschluss Blutungsquelle
- Nebenschilddrüsen-Szintigraphie
- Magenentleerung / Darmtransit
- Anderes:

Klinische Angaben

Fragestellung

Bemerkungen