



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 NUK Therapien

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. H. Steinert, Frau PD Dr. I. Burger; Frau Dr. I. Engel-Bicik

Zuweisung zur unpersönlichen Sprechstunde

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Hiermit melde ich oben genannten Patienten zu folgender Untersuchung an:

Problemorientierte Abklärung gemäss Fragestellung

Radiojodtherapie (Schilddrüse)

Neuroendokrine Tumoren (Lutetium)

SIRT - Selektive interne Radiotherapie

Schmerztherapie bei Knochenmetastasen

Alpharadin (Xofigo)

Anderes:

Klinische Angaben

Fragestellung

Bemerkungen