

Name:	<input type="radio"/> ambulant	<input type="radio"/> stationär
Geb.-Datum:	<input type="radio"/> gehfähig	<input type="radio"/> Stuhl <input type="radio"/> Bett
Anschrift:	Gewicht:	Größe:
	Nuklearmedizinische Voruntersuchungen (wo, wann):	
Kostenträger:	<input type="radio"/> Chefarztbehandlung	<input type="radio"/> Kassenabrechnung
	<input type="radio"/> private Abrechnung	<input type="radio"/> Abrechnung Studiensponsor

Anforderung für Untersuchungen im Rahmen der Studien

(z.B. Skelettszintigraphie, Nierenszintigraphie)

Gewünschte Untersuchung:		
Klinische Vorbefunde und Fragestellung:		
Station / Poliklinik:	Datum:	
Studien ID:	Site Nr:	Pat. ID:
Studienuntersuchungszeitpunkt:		
Telefon und Fax:	Studienarzt (bitte leserlich):	
Radiopharmakon:	Aktivität:	Applikation:
ggf. Chargen-Nr.:		DKGNT-Ziff.:
U.-Datum:	Schwangerschaft:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Besonderheiten:	<input type="radio"/> SPECT	Unterschrift:

Vorläufiger/ endgültiger Befund:

Beurteilung:

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof Dr. med. K. Herrmann

Assistent der Klinik

Telefon: