ANFORDERUNG NUKLEARMEDIZIN

Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin Dir.
Prof. Dr. K. Herrmann SekretariatTel.:723-2032

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN Anstalt des öffentlichen Rechts

Name: ambulant stationär

Geb.-Datum: gehfähig Stuhl Bett

Anschrift: Gewicht: Größe:

Nuklearmedizinische Voruntersuchungen (wo, wann):

Gesetzlich versichert: Privat versichert: Kostenträger: Chefarztbehandlung:

Gewünschte Untersuchung:

Klinische Vorbefunde und Fragestellung:

Station *I* Poliklinik: Datum:

Telefon: Arzt (bitte leserlich):

Radiopharmakon: Aktivität: Applikation:

ggf. Chargen-Nr.: DKGNT-Ziff.:

U.-Datum: Schwangerschaft: ja nein

Besonderheiten: SPECT

Unterschrift:

Vorläufiger/ endgültiger Befund:

Beurteilung:

Mit freundlichen kollegialen Grüßen Prof Dr. med. K. Herrmann