Anforderung NUK-Diagnostik per FAX: 0391-67-14078

I Patientendaten: Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

_____

Telefon (Handy): _____

Krankenkasse: _____

☐ **Gewicht:** _____ kg **Größe:** _____ cm

II Patiententransport: O gehfähig / O liegend / O sitzend

Für stationäre Patienten - Ambulanz/ Station: _____Tel.-Nr.: _____

III Klinische Diagnose /Fragestellung:

IV Gewünschte Untersuchung*:

*Hinweis für Anmeldung PET/CT und SeHCAT benutzen sie bitte die Anforderungsformulare.

☐ Schilddrüsenambulanz (Sonographie) ☐ Schilddrüsenszintigraphie (99mTc oder 123I	☐ Oesophagusszintigrafie
☐ Schilddrüsenbildgebung mit MIBI	☐ Magenszintigraphie
☐ Nebenschildrüsenbildgebung mit MIBI	☐ Speicheldrüsenfunktionsszintigraphie
☐ Skelettszintigrafie	☐ Meckel-Divertikel-Szintigraphie
☐ Lungenszintigraphie (V.a. LE, präoperative Quantifizierung)	☐ Blutungsquelle Abdomen(RBC)
☐ Myokardszintigraphie mit ^{99m}Tc-MIBI (O Ruhe & Belastung / O Ruhe / O Belastung)	☐ Blut-Pool-Szintigraphie (RBC)
☐ Vitalität Myokardszintigraphie mit ^{201}Tl- Chlorid	☐ Leberfunktionsszintigrafie
☐ Nierenszintigraphie ^{99m}Tc-MAG3 (V.a. Abflussstörung, Seitenfunktion, TER)	☐ Milzszintigrafie
☐ Nierenszintigraphie ^{99m}Tc-DTPA (GFR, Nierenspende)	☐ Entzündung/Knochenmark (Antigranulozytenszintigraphie)
☐ Statische Nierenszintigraphie ^{99m}Tc-DSMA (V.a. Parenchymnarbe)	☐ ^{123}I-MIBG-Szintigraphie (NNM/ Tumor)
☐ Dopamintransporterszintigraphie (DatScan)	☐ Lymphbahn-Szintigraphie (V.a. Lymphödem, V.a. Leckage)
☐ Hirnperfusionsszintigrafie mit ^{99m}Tc-HMPAO O nativ O Diamox	☐ Wächterlymphknoten-Szintigraphie (SLN)
☐ Liquorraumszintigrafie	☐
☐ Sonstiges:	

____.____._____ _____ _____

Datum Unterschrift mit Stempel Ärztin/Arzt Tel.-Nr.