

Anmeldung für Diagnostische Untersuchungen

Institut für Nuklearmedizin

Zentrum für Bildgebung

Institut für Nuklearmedizin
Sekretariat +41 56 486 38 80
nuklearmedizin@ksb.ch

1. Gewünschte Untersuchung

- | | |
|---|--|
| ☐ Blutungsquellensuche | ☐ Nebenschilddrüsen-Szintigraphie |
| ☐ DaTSCAN | ☐ Nierenfunktions-Szintigraphie +/- Lasix |
| ☐ Entzündungsszintigraphie (anti-Granulozyten) | ☐ Schilddrüsen-Szintigraphie |
| ☐ Lungen-Szintigraphie | ☐ Skelettszintigraphie |
| ☐ Magenentleerungsszintigraphie | ☐ Sonstige Szintigraphie |
| ☐ Merkel'sches Divertikel-Szintigraphie | ☐ Speicheldrüsenfunktionsszintigraphie |
| ☐ Myokard-Szintigraphie | ☐ Wächterlymphknoten-Szintigraphie |
| ☐ Nebennieren- / MIBG-Szintigraphie | |

2. Aufgebot

- ☐ Notfall (1-3 Arbeitstage) ☐ Dringend (3-5 Arbeitstage) ☐ Nicht dringend, KW _____

3. Personalien

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Wohnadresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

4. Medizinische Angaben

Körperregion: _____ ☐ links ☐ rechts ☐ ICD-10-code: _____

Diagnose/Fragestellung: _____

Bitte legen Sie der Anmeldung die aktuellen Laborwerte, die Medikamentenliste und, sofern vorhanden, die Anamnese/Krankengeschichte bei.

Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg

5. Allgemeine Infos

Schwangerschaft: ☐ nein ☐ ja

Bekannte Zugang sowie Port-a-Cath oder PICC: ☐ nein ☐ ja

Allergien: ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Befundkopie an: _____

Voraufnahmen der zu Untersuchende Region: ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wo? _____ Datum: _____

6. Unterschrift

Ort, Datum: _____

Name, Vorname Ärztin/Arzt; Unterschrift: _____

Stempel: _____