

Anmeldung für Therapeutische Behandlung

Institut für Nuklearmedizin

Zentrum für Bildgebung

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

1. Gewünschte Untersuchung

- | | |
|---|---|
| ☐ Lu-Dotatate-Therapie | ☐ Radiosynoviorthese |
| ☐ Lu-PSMA-Therapie | ☐ SIRT- Leber |
| ☐ Radiojodtherapie | ☐ Xofigo-Therapie |

2. Aufgebot

- ☐ 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: _____

Voruntersuchungen der zu Untersuchenden Region: ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wo? _____ Datum: _____

6. Unterschrift

Ort, Datum: _____

Name, Vorname Ärztin/Arzt; Unterschrift: _____

Stempel: _____