

**Anmeldung nuklearmedizinische
Untersuchung / Therapie**

Name	Geburtsdatum	Geschlecht
Vorname	AHV-Nr.	
Strasse/Nr.	Telefon	
PLZ / Ort	E-Mail	

Kostenträger

Gesetz	Vers.-Nr.	Unfall-Nr.	Unfall-Datum
Versicherung			

Klinische Angaben: (bitte unbedingt ausfüllen)

Gewicht Patient	kg	Grösse Patient	cm	<input type="checkbox"/> Platzangst
Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen				
Wann	Welche	Wo		

Fragestellung / klinische Angaben / bisherige Therapie**Gewünschte Untersuchung**

- Skelett-Szintigrafie
- Wächterlymphknoten-Szintigrafie (Sentinel)
 li re bds. anderes
- Sentinel Melanom
Region
- Lungen-Perfusions-SPECT / Quantifizierung
- Ösophagus- / Magen- / Darm-Szintigrafie
- Nierenfunktions-Szintigrafie +/- Lasix
- Nebenschilddrüsen-Szintigrafie (inkl. SPECT/CT)
- Sonstiges (nach Absprache):

Schilddrüsenuntersuchungen

- Schilddrüsen-Szintigrafie
- Schilddrüsen-Konsil
- Sonografie Schilddrüse
- Feinnadelpunktion
- Abklärung Radiojodtherapie
- Vorbereitung stationäre Radiojodtherapie

Hirn-Untersuchungen

- Hirn-Dopamin-Transporter-SPECT/CT

Bilddokumentation & Befund

- Nur schriftlicher Befund
E-Mail
- Ich wünsche die Bilder via H-Net
Institut
- Ich wünsche die Bilder via QR-Code
E-Mail

Bitte geben Sie nur verschlüsselte E-Mail-Adressen (z.B. @hin.ch) an.**Befundkopie**

- Name
- E-Mail
- Name
- E-Mail
- Name
- E-Mail

Zuweisender Arzt

GLN	ZSR
E-Mail	

Datum**Elektronische
Übermittlung**

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Anmelde-Formular direkt und gesichert an die Nuklearmedizin St. Claraspital