

Formular Titel: Allgemeine NUK Anforderung	Version: 7.1
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 14.7.2016

NUK - Anforderung

gewünschtes Untersuchungsdatum: _____

Familiename: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ m w

Tel. Patient: _____

Allgemeine Klasse Sonderklasse

Zuweisende Station + Tel.: _____

Ab 1.12.2018
Terminvereinbarung + Befundauskunft
05 7255-26669
Fax 05 7255-26697

Raum für
Pat. Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose			
Fragestellung			
Angeforderte US:	Lunge: <input type="checkbox"/> Perfusion <input type="checkbox"/> Ventilation Knochen: <input type="checkbox"/> Skelettszintigrafie <input type="checkbox"/> 3-Phasenszintigrafie <input type="checkbox"/> Knochenmarkszintigrafie Entzündung: <input type="checkbox"/> Leukozytenszintigrafie Niere: <input type="checkbox"/> dyn. Nierenfunktionsszintigrafie (ING) <input type="checkbox"/> statische Nierenszintigrafie (DMSA) Lymphknoten: <input type="checkbox"/> Sentinelszintigrafie <input type="checkbox"/> Gyn. <input type="checkbox"/> Dermat. <input type="checkbox"/> Lymphabstromszintigrafie Sonstiges :		
Sonstiges:	Schwangerschaft: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mobilität: gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
Zuw. Arzt /Ärztin	Telefon:	Fax:	
Unterschrift			