

Formular Titel: Formular Anforderung Entzündungsszintigrafie	Version: 7.1
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

NUK - Anforderung Entzündungsszintigrafie

gewünschtes Untersuchungsdatum: _____

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____ m w

Tel. Patient: _____

Adresse 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	<input type="checkbox"/> Entzündungsszintigrafie		
Skelettszintigraphie	<input type="checkbox"/> JA wann:..... wo:..... <input type="checkbox"/> NEIN		
Zu Beachten	Termin am : 1) Patient muss NICHT nüchtern zur Untersuchung kommen. 2) Verlässliches Erscheinen des Patienten ist unbedingt erforderlich 3) Sämtliche HAUSEXTERNE Befunde BITTE mitbringen		
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 / Unterschrift	Telefon:		Fax:

Freigegeben von:		Datum:	
-------------------------	--	---------------	--