

Formular Titel: Formular Anforderung MIBG-Szintigrafie	Version: 6
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

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

NUK - Anforderung MIBG-Szintigrafie

gewünschtes Untersuchungsdatum: _____

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ m w

Tel. Patient: _____

Adresse Patient: _____

Allgemeine Klasse Sonderklasse

Zuweisende Station + Tel.: _____

Raum für
Pat. Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose			
Fragestellung			
Angeforderte US	<input type="checkbox"/> J123 MIBG	<input type="checkbox"/> J131 MIBG	
Irenatgabe	Richtlinie zur Irenatgabe auf der Station beachten!		
	Stationäre Aufnahme ist erforderlich		
	RIBD (tel. 27140): von..... bis:.....		
	Andere Station: von..... bis:.....		
Zu Beachten	<p>1) Verlässliches Erscheinen des Patienten ist unbedingt erforderlich, da das Radiopharmakon extra bestellt werden muss.</p> <p>2) Sämtliche HAUSEXTERNE Befunde BITTE mitbringen</p> <p>3) Benötigte Medikamente bitte mitbringen</p>		
Mobilität: <input type="checkbox"/> gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend	Schwangerschaft: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Untersuchungstermine: 1. U-Termin:..... / Uhr 2. U-Termin:..... / Uhr	
Zuw. Arzt / Unterschrift	Telefon:	Fax:	

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