



<b>Formular</b> Titel: Formular Anforderung Rezeptorszintigrafie	Version: 6.1
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

**NUK - Anforderung Rezeptorszintigrafie  
(Somatostatin)**

gewünschtes Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Familiennamen: \_\_\_\_\_

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			
Kontroll- Untersuchung:	<input type="checkbox"/> JA wann:..... wo:..... <input type="checkbox"/> NEIN		
	Stationäre Aufnahme ist für 1 Nacht erforderlich  Radiotherapie Bettenstation (tel. 27140): von..... bis:.....  Andere Station: .....  von..... bis:.....		
Zu Beachten	1) Verlässliches Erscheinen des Patienten ist unbedingt erforderlich 2) Sämtliche HAUSEXTERNE Befunde BITTE mitbringen 3) Benötigte Medikamente 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:	
------------------	--	--------	--