



| | |
|--|-----------------------|
| Formular Titel: VO Anforderung Szintigrafie Allgemein | Version: 8.0 |
| Inhaltliche Verantwortung: Lukas Hehenwarter | Gültig ab: 22.04.2025 |

Nuklearmedizin Anforderung Szintigrafie

Formular bitte **vollständig und leserlich** ausfüllen!

Terminvereinbarung & Befundauskunft

Email: nuk-office@salk.at

DAME: SJSSBGNU

PatientInnen-daten

Nachname: _____

Vorname(n): _____

Geb. Datum: _____ ♂ ♀

SVNr.: _____ (10 Stellen)

Versicherung: ÖGK BVAEB SVS andere: _____

Telefon: _____

Email: _____

Anschrift: _____

PatientInnen-Etikett falls vorhanden.

Informationen zur Untersuchungsplanung

Zuweisungsdiagnose: _____

Fragestellung: _____

- Untersuchung: Lungenzintigrafie
 Skelettszintigrafie inkl. Frühphase
 Myokardperfusionsszintigrafie
 Nierenzintigrafie Dynamisch (MAG3) Statisch (DMSA)
 Sentinelszintigrafie Gyn. Dermat.
 Sonstiges: _____

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Platzangst: nein ja

Schwangerschaft: nein ja

Mobilität: gehend sitzend liegend

ZuweiserIn

ZuweisendeR ÄrztIn: _____

Tel. (inkl. Vorwahl): _____

Adresse: _____

Stempel / digitale Signatur ZuweiserIn

Hiermit bestätige ich als zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt, dass zuvor genannter PatientIn über die gewünschte nuklearmedizinische Untersuchung aufgeklärt wurde und dieses Formular, nach bestem Wissen, vollständig und lesbar ausgefüllt ist.

Ort, Datum

Unterschrift

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