

Zuweisungsformular zur konv. Szintigraphie

Patientendaten (bitte, wenn vorhanden Klebeetikette verwenden)

TERMINWUNSCH: _____

Familienname	Vorname
Soz.Vers. Nummer	Geburtsdatum
Adresse	TelNr.:

Patient:

- gehend
 sitzend
 liegend

Tel.Nr. des Patienten zur Terminkoordination:

Körpergröße: _____ cm	Körpergewicht: _____ kg
Schwanger/Stillen: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja

<input type="checkbox"/> Myokardszintigraphie in Ruhe <input type="checkbox"/> Myokardszintigraphie mit Belastung <input type="checkbox"/> Knochenszintigraphie <input type="checkbox"/> Mehrphasen Knochenszintigraphie <input type="checkbox"/> Lungenszintigraphie / <input type="checkbox"/> Shunt Diagnostik <input type="checkbox"/> dynamische Nierenszintigraphie (ING / DNG) <input type="checkbox"/> statische Nierenparenchymszintigraphie (DMSA) <input type="checkbox"/> Sentinel / <input type="checkbox"/> Lymphszintigraphie <input type="checkbox"/> Schilddrüsenszintigraphie <input type="checkbox"/> Nebenschilddrüsenszintigraphie (Lokalisation) <input type="checkbox"/> Speicheldrüsenszintigraphie	<input type="checkbox"/> Magenentleerungsszintigraphie <input type="checkbox"/> Blutungssuche / <input type="checkbox"/> Meckel Divertikel <input type="checkbox"/> Gallen/Leber Szintigraphie <input type="checkbox"/> Nebennierenszintigraphie <input type="checkbox"/> DATScan – Hirn Rezeptorszintigraphie <input type="checkbox"/> Liquorszintigraphie <input type="checkbox"/> Milz Szintigraphie <input type="checkbox"/> antiGranulo/Leukozytenszintigraphie <input type="checkbox"/> Hodenszintigraphie (Torsionsverdacht / US unklar) <input type="checkbox"/> GFR quantitativ (51-Cr EDTA) <input type="checkbox"/> andere.....
---	--

DIAGNOSE die zur Zuweisung führt:

Nebendiagnosen von Relevanz: _____

KONKRETE FRAGESTELLUNG, die beantwortet werden soll:

Wurde eine Kontrastmittel CT oder MRT in den letzten 4-6 Wochen durchgeführt? ja (**BEFUND MITNEHMEN!**)
Untersuchungsrelevante Vorbefunde bitte mitnehmen bzw. anführen (bitte immer mit Durchführungs- oder Bestimmungsdatum) (z.B. letzte OP bei Prothesen; rezente RÖ/PET/CT/MRI Befunde, relevantes Labor (PSA, CRP, Krea, PTH, Ca, Ph) **e-card mit Foto oder e-card und Lichtbildausweis BITTE nicht vergessen!**

Wer hat die Indikation zur Untersuchung gestellt? (bitte leserlich!)

Datum: _____

Name u. Unterschrift d. Zuweisers	Institution / Stempel	Telefonnummer (zwecks Rücksprache)