

Klinik für Nuklearmedizin
Tel.: +41 (0)44 255 35 55
E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch
Web: www.nuk.usz.ch

Anmeldung Herzbildgebung

Name, Vorname

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich

Auftraggeber/Zuweiser:

Körpergewicht und -grösse:

Aufgrund der Substanzvorbereitung (Radiopharmakon) für den Patienten sind Körpergewicht und -grösse ein entscheidender Faktor. Deswegen bitten wir Sie um diese Angaben.

Körpergrösse/ Körpergewicht:

Email für Befundbericht:

Falls Terminvergabe bereits erfolgt:

Zeit: Datum:

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit melde ich oben genannten/e Patienten/in zu folgender Untersuchung an:

| | |
|--------|---|
| Hybrid | Koro-CT + SPECT (Koronaranatomie und Perfusion) |
| | Koro-CT + PET (Koronaranatomie und Perfusion) |
| | PET + MRI mit Perfusion (Perfusion und Vitalität) |
| | PET + MRI ohne Perfusion (bitte Fragestellung definieren) |
| SPECT | SPECT Perfusion |
| | SPECT Amyloidoseabklärung |
| PET | PET Perfusion |
| | PET Perfusion und Vitalität |
| | PET Entzündungs/-infektabklärung |
| CT | Koro-CT (Koronaranatomie) |
| MRI | MRI mit Perfusion |
| | MRI ohne Perfusion (bitte Fragestellung definieren) |

Klinische Angaben

Fragestellung

Bemerkungen

Bei Unklarheiten oder Fragen bez. der optimalen Bildgebungsmodalität sind wir jederzeit direkt für Sie erreichbar unter der direkten ärztlichen Hotline 044 255 15 01.

Ihre Anmeldung wird an Patienten-Disposition NUK übermittelt. Die Zuweisung erfolgt (bitte zutreffendes ankreuzen):

persönlich an PD Dr. Büchel, Prof. Dr. Kaufmann, PD Dr. Pazhenkottil oder Dr. Giannopoulos

sonstige:

PDF-Formulare bitte zuerst lokal abspeichern, bevor Sie es versenden.