

Klinik für Nuklearmedizin

Tel.: +41 (0)44 255 35 55

E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch

Web: www.nuk.usz.ch

Anmeldung NUK Therapien

Name, Vorname

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich

Auftraggeber/Zuweiser: (Stempel oder Blockschrift)

Gewünschte Befundübermittlung:
(Bildversand via Mail nicht möglich)

Email _____

Fax _____

H-NET _____

Post _____

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:

Falls Terminvergabe bereits erfolgt:

Zeit:

Datum:

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit melde ich oben genannten/e Patienten/in zu folgender Untersuchung an (bitte entsprechendes ankreuzen):

Problemorientierte Abklärung
gemäss Fragestellung

Radiojodtherapie (Schilddrüse)

Neuroendokrine Tumoren (Lutetium)

SIRT - Selektive interne Radiotherapie

Schmerztherapie bei Knochenmetastasen

Alpharadin (Xofigo)

Anderes:

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 04.

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

persönlich an Frau Dr. I. Engel-Bicik sonstige: