

Anmeldung für nuklearmedizinische Diagnostik

Bitte per Fax an die 06841 – 16 1724666 schicken

Gewünschte Untersuchung:

Patientendaten / Patientenetikett:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel.(z. Terminvereinbarung)

Kostenübernahme-Status:

GKV

PKV

Selbstzahler

ambulant

stationär

infektiöser Patient Ja Nein Erreger:

Gewicht: kg

Diagnose/Anamnese:

Relevante Voruntersuchungen:

Fragestellung:

Anmeldender Arzt:

Tel.-Nr./Funk:

Klinik/Abt.: