

Anmeldung nuklearmedizinische Diagnostik

Bitte Formular online ausfüllen und versenden!

Gewünschte Untersuchung:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: (Tag, Monat, Jahr)

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel. zur Terminierung:

Terminwunsch:

Eilt

Betreuer:

Telefon:

Faxnummer:

Betreuer stimmt der Untersuchung zu und die Aufklärung ist unterschrieben

Betreuer ist noch nicht informiert

Patient aktuell infektiös? nein:

ja:

Erreger:

Mobilität des Patienten:

Gehfähig:

Rollator:

Rollstuhl:

liegend:

(da wir nicht berechtigt sind, im Ambulanzbetrieb Transportscheine auszustellen, bitte vor Terminierung die Hin- und Rückfahrt beim Kostenträger und/oder dem Zuweiser abklären)

Gewicht: **kg**

Letzte KM Gabe:

Größe: **cm**

Diagnose/Anamnese:

Relevante Voruntersuchungen:

Fragestellung:

Anmeldender Arzt:

Anmeldedatum:

Tel.-Nr.:

Fax.:

Klinik/Praxis:

Stempel:

Facharzt für Nuklearmedizin:

Rechtfertigende Indikation:

Datum, Uhrzeit: _____

Tracer/Untersuchung: _____

Unterschrift: _____

oder per Fax an **06841 161721462**