

Patienten-Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefonnummer P: Telefonnummer G:

Nuklearmedizin

T +41 61 685 82 50
nuklearmedizin@claraspital.ch

St. Claraspital
Kleinriedenstrasse 30
Postfach, 4002 Basel
www.claraspital.ch

Anmeldung nuklearmedizinische Untersuchung / Therapie

Patienten bitte mit diesem Anmeldebogen, der Krankengeschichte und vorhandenen Vorbildern zur Diagnostik schicken!

Klinische Angaben (bitte unbedingt ausfüllen):

Grösse Patient: cm

Gewicht Patient: kg

Berichtkopie an:

Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen:

Wann: Wo:

Fragestellung / klinische Angaben / bisherige
Therapien (bitte Druckbuchstaben):

Unterschrift und Stempel:

Datum:

Telefon:

Kamera-Funktionsuntersuchungen:

- Skelett-Szintigraphie
- Entzündungs-Szintigraphie (Anti-Granulozyten)
- Wächterlymphknoten-Szintigraphie (Sentinel)
- Myokard-Szintigraphie (MPS)
- Lungen-Perfusions-SPECT / Quantifizierung
- Ösophagus-/Magen-/Darm-Szintigraphie
- Meckel'sches Divertikel-Szintigraphie
- Nierenfunktions-Szintigraphie +/- Lasix
- Nebenschilddrüsen-Szintigraphie (inkl. SPECT/CT)
- Sonstiges (Nach Absprache)

Schilddrüsen-Untersuchungen:

- Schilddrüsen-Szintigraphie
- Schilddrüsen-Konsil
- Sonographie Schilddrüse
- Feinnadelpunktion
- Abklärung Radiojodtherapie

Schilddrüsen-Therapie:

- ambulante Radiojodtherapie
(bis 200 MBq 131 Jod)
- Vorbereitung stationäre Radiojodtherapie /
Radiojodtest

Hirn-Untersuchungen

- Hirn-Perfusions-SPECT/CT
- Hirn-Dopamin-Transporter-SPECT/CT
- Hirn-Rezeptor-SPECT/CT

Gewünschte Dokumentation (bitte unbedingt ausfüllen):

- Ich wünsche die Bilder via H-Net
- Ich wünsche die Dokumentation auf Patienten-CD
- Bitte schriftlichen Befund faxen Fax-Nr.