

# Anmeldung Nuklearmedizin

Telefon Montag – Freitag  
081 256 64 88 Direkt  
081 256 61 11 Spital

Fax 081 256 66 54

Rohrpost 6488

Name:

Geb. Datum:

Adresse:

Telefon P:

Telefon G:

Fax:

KK

SUVA

andere Versicherung

1. Klinische Angaben (Anamnese, Status, Operationen, Labor, Therapie):

3. Von der Nuklearmedizin aufzubieten

ja

nein, Termin am

4. Beilagen:

Röntgenbilder

Laborresultate

5. Schwangerschaft:

ja

nein

unsicher

6. Grösse:

Gewicht:

7. Befundkopie an:

2. Fragestellung:

8. Zuweisender Arzt:

Adresse / Spital:

Tel. / Sucher:

Datum / Sig:

## Bitte gewünschte Nuklearmedizinische Untersuchung ankreuzen.

### Schilddrüse

- Radiojodstudium
- Schilddrüsenszintigraphie
- Nebenschilddrüse

### Magendarmkanal

- Speicheldrüse
- Meckel-Divertikel
- Blutungsnachweis
- Magenentleerung
- Refluxnachweis

### Anderes

- Tumorszintigraphie
- Entzündungs/ Infektszintigraphie
- Octreotidszintigraphie
- Sentinel-Node-Technik

### Skelett

- Skelettszintigraphie
- 3 Phasen Skelettszintigraphie

### Zentralnervensystem

- Hirnscan mit SPECT
- Isotopencysternographie

### Urogenitalsystem

- Isotopennephrogramm
- Refluxnachweis
- Stat. Nierenszintigraphie

### Lungen

- Ventilationszintigraphie
- Perfusionszintigraphie

### Kardiologie

- Myocardszintigraphie MIBI
- Radionukleid-Ventrikulographie RNV

### Leber

- Dyn. Leberszintigraphie
- Leberszintigraphie

Anmeldung PET/CT auf separatem Formular