

Patienten-Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefonnummer P:       Telefonnummer G:

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

**St. Claraspital**  
Kleinriehenstrasse 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:

Vereinbarter Untersuchungstermin:

Datum:  Zeit:

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.