stClaraspital
In besten Händen.

Patienten-Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse / Nummer:

PLZ / Ort:

Telefonnummer P: Telefonnummer G:

Institut für Nuklearmedizin
und PET/CT-Zentrum
Nordwestschweiz

Tel 061 685 82 50
Fax 061 685 82 55
nuk@claraspital.ch

St.Claraspital AG
Kleinriehenstrasse 30
Postfach
4016 Basel
www.claraspital.ch

Anmeldung nuklearmedizinische Untersuchung / Therapie

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

Klinische Angaben:

Grösse: cm

Gewicht: kg

Kreatinin: µmol/l

Berichtkopie an:

Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen:

Wann: Wo:

Vereinbarter Untersuchungstermin:

Datum: Zeit:

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

Datum / Unterschrift (Stempel): Telefon

Kamera-Funktionsuntersuchungen:

- ☐ Skelett-Szintigraphie
  - ☐ Drei-Phasen-Szintigraphie
  - ☐ SPECT
  - ☐ SPECT/CT
- ☐ 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 (Kreatinin beilegen!)
- ☐ Somatostatinrezeptor-Szintigraphie
- ☐ Sonstiges (Nach Absprache):

Schilddrüsen-Untersuchungen:

- ☐ Schilddrüsen-Szintigraphie
- ☐ aktuelles Schilddrüsen-Labor (falls bereits vorhanden, bitte beilegen)
- ☐ Sonographie Schilddrüse
- ☐ Feinnadelpunktion
- ☐ Abklärung Radiojodtherapie
- ☐ Nebenschilddrüsen-Szintigraphie (inkl. SPECT/CT)

Schilddrüsen-Therapie:

- ☐ ambulante Radiojodtherapie (bei autonomer Schilddrüse und M. Basedow)
- ☐ Vorbereitung stationäre Radiojodtherapie (bei Schilddrüsenkarzinomen und Struma permagna)

Hirn-Untersuchungen

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

Gewünschte Dokumentation (unbedingt ausfüllen):

- ☐ Ich wünsche die Dokumentation auf hochwertigem Papierausdruck (Standard)
- ☐ Ich wünsche die Dokumentation auf Patienten-CD
- ☐ Ich wünsche keine Bilder, nur den schriftlichen Befund
- ☐ Bitte schriftlichen Befund faxen (Fax-Nr. _____)