



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV
Ort der Kasse							
Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten				Vorname		geb. am	
Ehegatte/Kind/Sonst.Angeh.				Vorname		geb. am	
Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw.							
Wohnung des Patienten							
Patienten- / Fallnummer der auftraggebenden Klinik							
Stempel des Einsenders							
ambulant	stationär	ärztliche Wahlleistg.	M	F	R		
Zutreffendes unbedingt ankreuzen!							

**Antrag auf nuklearmedizinische  
Untersuchung / Therapie**

**Diagnose:**

  
  
  

**Fragestellung:**

  
  
  

**Medikation:**

**Gewicht:**      kg; **Größe:**      cm

Patient zum Zeitpunkt der Untersuchung     stationär     ambulant

**Gewünschte Untersuchung: Q**

			..... Datum / Unterschrift des überweisenden Arztes
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Skelett	<input type="checkbox"/> 3 - Phasen Skelett	
<input type="checkbox"/> Nebenschilddrüse	<input type="checkbox"/> Lungenperfusion	<input type="checkbox"/> Lungeninhalation	
<input type="checkbox"/> Niere (Funktion)	<input type="checkbox"/> Niere statisch	<input type="checkbox"/> Entzündung/Granulozyten	
<input type="checkbox"/> Tumor-mIBG	<input type="checkbox"/> Tumor (Somatostatin)	<input type="checkbox"/> Tumor-MIBI	
<input type="checkbox"/> Myokard (Belast. / Ruhe)	<input type="checkbox"/> Hirn (DAT / IBZM)	<input type="checkbox"/> Liquor	
<input type="checkbox"/> Sentinel-Node (m / o Bild)	<input type="checkbox"/> o mit SPECT-Aufnahme		

Radiopharmakon			
Aktivität in Mbq	Untersuchung	Fachk. Arzt	Datum
Präparation	Applikation	Indikation Low Dose-CT	
	Zeit		
Techn. Ass.	Unterschr. Arzt	Fachk. Arzt	
Zusatzaufnahmen:			

Bitte vollständige Angaben