



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	
Techn. Ass.	Zeit	Fachk. Arzt	
Zusatzaufnahmen:			

Bitte vollständige Angaben