|  |
| --- |
| **Patient bitte aufbieten** |
| **Patient hat Termin am:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung zur nuklearmedizinischen Diagnostik** | | | Szintigraphie | SPECT / CT | |
| **Zuweiser:** | | | | | | |
| Dr. med. / Spital: | | Strasse, Nr. | | | | |
| PLZ, Ort: | | Telefon | | | | |
| Name: | | Vorname: | | | |  |
| Geb. Datum (Tag, Monat Jahr): | | Telefon Privat: | | | | |
| Strasse: | | Telefon Handy: | | | | |
| PLZ/Ort: | | Telefon Geschäft: | | | | |
| **Kostenträger:**  Krankenkasse  Unfallversicherung  Selbstzahler | | **Gewünschter Untersuch** | | | | |
| **Name & Adresse Versicherung:**  Unfall-Nr./Versicherungs-Nr. | |
| **Wichtig: Persönlicher Versicherungsausweis mitbringen!** | | | | |
| **Anamnese:** | | | | | | |
| **Fragestellung:** | | | | | | |
| **Bei der Patientin ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen!** | | | | | | |
| **Ich wünsche folgende Befund-Dokumente:** | | nur CD / zuzüglich CD | | | | |
|  | | Elektronische Bildübermittlung (H-Net) | | | | |
| Befund faxen | | | | |
| Befund per HIN-Mail (inkl. Link für die Bilder) | | | | |
| Telefonische Mitteilung des Befundes erwünscht | | | | |
|  | |  | | | | |
| **Datum** | | | **Ärztin/Arzt (Stempel und Unterschrift):** | | | |
| **Befundkopie an:** | | | | | | |

**Bitte Voruntersuchungen mitbringen!**