



<b>Formular</b> Titel: Formular Anforderung NSD-Szintigrafie	Version: 7.1
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

**NUK - Anforderung Nebenschilddrüsen-PET-CT F18-Cholin**

gewünschtes Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Familiename: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_  m  w

Tel. Patient: \_\_\_\_\_

Adresse Patient: \_\_\_\_\_

Versicherung:  SGKK  BVA  Sonstige: \_\_\_\_\_

Zuweisende Station + Tel.: \_\_\_\_\_

**Ab 1.12.2018**  
**Terminvereinbarung + Befundauskunft**  
**05 7255-26669**  
Fax 05 7255-26698

Raum für  
Pat. Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose		
Fragestellung		
Schilddrüsen-abklärung:	<input type="checkbox"/> JA wann:..... wo:..... <input type="checkbox"/> NEIN	
Densitometrie:	<input type="checkbox"/> JA wann:..... wo:..... <input type="checkbox"/> NEIN	
Blutabnahmen Harn sammeln	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Zu Beachten	Serum-Kalzium:.....mmol/l  Serum-PTH: .....ng/dl	
Sonstiges:	Schwangerschaft: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mobilität: gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>
Zuw. Arzt / Unterschrift	Telefon:	Fax:

Freigegeben von:	Datum:
------------------	--------