

<b>Formular</b> Titel: Formular Anforderung MIBG-Szintigrafie	Version: 6
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

**Ab 1.12.2018**  
**Terminvereinbarung + Befundauskunft**  
**05 7255-26669**  
Fax 05 7255-26697

**NUK - Anforderung MIBG-Szintigrafie**

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

**Familienname:** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Allgemeine Klasse**     **Sonderklasse**

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

Raum für  
Pat. Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose		
Fragestellung		
Angeforderte US	<input type="checkbox"/> <b>J123 MIBG</b>	<input type="checkbox"/> <b>J131 MIBG</b>
Irenatgabe	Richtlinie zur Irenatgabe auf der Station beachten!	
	Stationäre Aufnahme ist erforderlich	
	RIBD (tel. 27140): von..... bis:.....	
	Andere Station: ..... von..... bis:.....	
Zu Beachten	<p>1) Verlässliches Erscheinen des Patienten ist unbedingt erforderlich, da das Radiopharmakon extra bestellt werden muss.</p> <p>2) Sämtliche HAUSEXTERNE Befunde BITTE mitbringen</p> <p>3) Benötigte Medikamente bitte mitbringen</p>	
Mobilität: <input type="checkbox"/> gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend	Schwangerschaft:  ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Untersuchungstermine:  1. U-Termin:..... / ..... Uhr 2. U-Termin:..... / ..... Uhr
Zuw. Arzt / Unterschrift	Telefon:	Fax:

<b>Freigegeben von:</b> _____	<b>Datum:</b> _____
-------------------------------	---------------------