



<b>Formular</b> Titel: Formular Anforderung Samariumtherapie	Version: 4.1
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

**Anforderung Samariumtherapie**

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

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

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

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

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

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

Allgemeine Klasse  Sonderklasse

ZUWEISER: \_\_\_\_\_

Raum für  
Pat. Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose	
Fragestellung:	
Angaben zum Patienten	Aktuelles Blutbild i.O.? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Gewicht:.....kg Platzangst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein laufende Therapie <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Radiotherapie <input type="checkbox"/> Antibiotika Letzter Skelettscan: ..... Institut:.....  Für die Untersuchung ist eine stationäre Aufnahme (1-3 Nächte) auf der Isolierstation erforderlich. RIBD (tel. 27140):                    von..... bis:.....
	Datum des Therapiebeginns (Applikation): ..... Datum der Akquisition: ..... Datum der Entlassung: .....  Aktivitätshöhe: ..... (37 MBq/kg KG) bestellt bei THP am..... von ..... Dosiskarte ist mitzuführen bis:.....
Zu Beachten	1) aktueller Laborbefund vom Blutbild bitte mitbringen 2) Sämtliche relevante klinikexterne Befunde bitte mitbringen 3) Benötigte Dauermedikation bitte mitbringen
Sonstiges	Ist Patient selbständig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Mobilität: gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>
Zuw. Arzt / Unterschrift	Telefon: _____    Fax: _____