

Klinik für Nuklearmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Schäfers
Direktor

Ansprechpartnerin Therapieambulanz:
Silvia Pfeiffer

Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
48149 Münster

T +49 251 83-47362

F +49 251 83-47363

Servicezentrale: T +49 251 83-55555

nuklearmedizin@ukmuenster.de

www.ukm.de

Anforderungsformular für eine SIR-Therapie

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Sie planen für eine Patientin/einen Patienten eine SIR-Therapie. Zur Überprüfung der Indikation bitten wir um die Zusendung folgender Unterlagen:

| | |
|---|--|
| Kontakt Daten Zuweiser: | |
| Patientenname, Vorname, Geburtsdatum | |
| Anschrift: | |
| Telefon: / Mobil: | |
| Krankenversicherung | |
| Diagnose: | |
| Arztbriefe (Krankengeschichte) | |
| ECOG (0-5): | |
| Harn- und/oder Stuhlinkontinenz | |
| Aktuelle Bildgebung (Abdomen CT mit KM) (Bitte auf CD oder per xPipe!) | |
| Aktuelle Laborwerte (Leberwerte GOT, GPT, GGT, LDH, Bilirubin, Albumin), Kleines Blutbild, Gerinnung, TSH, Kreatinin) | |
| Medikamentenliste | |
| Blutverdünner: | |
| Bisheriger Therapieverlauf | |
| Tumorboardbeschluss | |

Nach Prüfung der eingereichten Unterlagen werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen.
Ihre Klinik für Nuklearmedizin