

Anforderung Myokardszintigraphie

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Adresse des Patienten: _____

Telefon des Patienten: _____

Krankenversicherung: gesetzlich (Überweisung!)
 privat

Größe / Gewicht: _____

Diagnose: _____

Fragestellung: _____

Vorerkrankungen

- Asthma

- _____

- _____

Bitte senden Sie den letzten stationären oder aktuellen ambulanten Arztbrief **mit** dieser Anforderung per Fax an 0251 – 83 40606. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0251 - 83 47370.

Bitte beachten:

Der Patient soll am Tag der Untersuchung nüchtern kommen und ein fettreiches Frühstück mitbringen. Bitte vor der Untersuchung keinen Kaffee oder Tee trinken und vorher nicht rauchen! Wasser ist erlaubt!

Medikament nicht einnehmen, sondern mitbringen!

Dauer der Untersuchung ca. 3-4 Stunden

Name, Anschrift der anfordernden Praxis: _____

Telefonnummer für Rückfragen:

Erstellt durch (Autoren):	Geprüft durch:	Freigegeben durch:	Seite 1 von 1