

Anforderung DAT-Scan

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Adresse des Patienten: _____

Telefon des Patienten: _____

Krankenversicherung: gesetzlich (Überweisung!)
 privat

Diagnose: _____

Fragestellung: _____

Aktuelle Medikation: _____

Vorerkrankungen

_____ _____
 _____ _____

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:

- Voraufnahmen bitte mitbringen!
- Nach der Injektion ca. 3,5 Stunden Wartezeit
- Dauer der Untersuchung: 45 Minuten

Name, Anschrift der anfordernden Praxis: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Erstellt durch (Autoren):	Geprüft durch:	Freigegeben durch:	Seite 1 von 1
Lange, Kerstin am 23.08.2022	Quentmeier, Christoph am 23.08.2022 (formal) Kubitza, Petra am 23.08.2022 (inhaltlich)	Schäfers, Michael am 23.08.2022	