

Klinik für Nuklearmedizin	Formular FB_Anforderung Nierenfunktionsszintigraphie NUKL	Version: 9 / Dok.-Nr.
		Stand: 22.01.2021
		Nächste Revision: xx.xx.xxxx

Anforderung Nierenfunktionsszintigraphie

MAG3

DTPA

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Adresse des Patienten: _____

Telefon des Patienten: _____

Krankenversicherung: gesetzlich (Überweisung!)
 privat

Größe / Gewicht: _____

Diagnose: _____

Fragestellung: _____

Vorerkrankungen

Bitte senden Sie den letzten stationären oder aktuellen ambulanten Arztbrief **mit** dieser Anforderung per Fax an 0251 – 83 47383. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0251 - 83 47370.

Bitte beachten:

Der Patient soll 1 Stunde vor der Untersuchung mindestens 1 Liter Wasser getrunken haben!

Dauer der Untersuchung: ca. 1 Stunde

Name, Anschrift der anfordernden Praxis: _____

Telefonnummer für Rückfragen:

Erstellt durch (Autoren):	Geprüft durch:	Freigegeben durch:	Seite 1 von 1
Pfeiffer, Silvia	Laemmerhirt, Nicole am xx.xx.xxxx (formal) Schulze Temming, Ina am xx.xx.xxxx0 (inhaltlich)	Schäfers, Michael am xx.xx.xxxx	