

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

## Anforderung Skelettszintigraphie

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:**

**Voraufnahmen bitte mitbringen!**

**Nach der Injektion ca. 3 Stunden Wartezeit**

**Dauer der Untersuchung: 30-60 Minuten**

Name, Anschrift der anfordernden Praxis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen:

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