

Nuklearmedizin	Formular FB_Anforderung Skelettszintigraphie_NUKL	Version 2 / Dok.-Nr. 72097
		Stand: 26.10.2023
		Nächste Revision: 25.10.2025

## 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 40606. 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): Deupmann, Ina	Geprüft durch: Laemmerhirt, Nicole (2019 am 26.10.2023 (formal) Deupmann, Ina (2021-10-14 am 26.10.2023 (inhaltlich)	Freigegeben durch: Schäfers, Univ.-Prof. Dr. am 26.10.2023	Seite 1 von 1
--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	------------------