



Radiologische Klinik Universitätsklinikum Tübingen

Nuklearmedizin und Klinische
Molekulare Bildgebung

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. C. la Fougère
Otfried-Müller-Straße 14
72076 Tübingen

Tel. 07071 29-82164
Fax 07071 29-5869

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV
Ort der Kasse							
Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten				Vorname		geb. am	
Ehegatte/Kind/Sonst.Angeh.				Vorname		geb. am	
Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw.							
Wohnung des Patienten							
Patienten- / Fallnummer der auftraggebenden Klinik							
Stempel des Einsenders							
ambulant	stationär	ärztliche Wahlleistg.		M	F	R	
Zutreffendes unbedingt ankreuzen!							

Antrag auf nuklearmedizinische Untersuchung / Therapie

Diagnose:

Fragestellung:

Medikation:

Gewicht: kg; Größe: cm

Patient zum Zeitpunkt der Untersuchung ☐ stationär ☐ ambulant

Gewünschte Untersuchung: Q

Datum / Unterschrift des überweisenden Arztes

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Schilddrüse | ☐ Skelett | ☐ 3 - Phasen Skelett |
| ☐ Nebenschilddrüse | ☐ Lungenperfusion | ☐ Lungeninhalation |
| ☐ Niere (Funktion) | ☐ Niere statisch | ☐ Entzündung/Granulozyten |
| ☐ Tumor-mIBG | ☐ Tumor (Somatostatin) | ☐ Tumor-MIBI |
| ☐ Myokard (Belast. / Ruhe) | ☐ Hirn (DAT / IBZM) | ☐ Liquor |
| ☐ Sentinel-Node (m / o Bild) | ☐ mit SPECT-Aufnahme | |

Radiopharmakon

Aktivität in Mbq

Untersuchung

Fachk. Arzt

Datum

Präparation

Applikation

Indikation Low Dose-CT

Zeit

Techn. Ass.

Unterschr. Arzt

Fachk. Arzt

Zusatzaufnahmen:

Anamnese umseitig

Bitte vollständige Angaben