

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

m w

Name Geschlecht

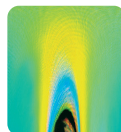
Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Allg. Geb.-Kl. Sonder Geb.-Kl. Selbstzahler

Klin. Hinweis
bzw. Diagnose



Universitätsklinik für Nuklearmedizin

Klinikdirektorin: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Irene Virgolini
Chirurgie-Gebäude · Haus 8 · 1.UG
6020 Innsbruck · Anichstraße 35

**Zuweisendes Krankenhaus /
Zuweisende Kostenstelle**

Kostenstellenetikette
hier positionieren
oder Station hier eintragen

ZuweiserIn

Name der/ des zuweisenden Ärztin/
Arztes (in BLOCKBUCHSTABEN)

Datum Unterschrift

Ambulanz- Zuweisung

Klinische Diagnose und Fragestellung _____

Medikamente _____

Größe: _____ cm Gewicht _____ kg

Schilddrüsenabklärung

Jodexposition? Ja Nein (Kontrastmittel, Amiodaronhydrochlorid, Betaisodona, ...)

Nuklearmedizinische Diagnostik

- Skelett – Ganzkörperszintigraphie
 - Dreiphasenzintigraphie (Perfusion)
 - plus periphere Gelenke
- Densitometrie
 - LWS/ Hüfte Ganzkörper Radius
- Granulozytenszintigraphie
 - Entzündung Knochenmark
- Lunge Perfusion
 - Seitentrennung VK / FEV1
 - Shuntdiagnostik
- Lunge Ventilation
- Niere Funktionsszintigramm
 - Diurese Captopril
- GFR
- Niere Lokalisation (Tc99m-DMSA)

- Myocardperfusion nüchtern!
 - Belastung (Ergometer)
 - Belastung (pharmakologisch)
- Hirnperfusion
 - Neurolite HMPAO (iktal/ interiktal)
- I123-Datscan
- I123-IBZM
- Liquorraumszintigraphie
- Tc99m-MIBI NSD-Szintigraphie
- Tc99m-MIBI-Szintigraphie SD GK
- I131-MIBG-Dosimetrie
- I123-MIBG-Diagnostik
- Tc99m-Octreotid-Szintigraphie
- Dosimetrie
 - In111 In111-Y90 Lu177
- Hysterosalpingoszintigraphie

Gastrointestinaltrakt nüchtern!

- Sialographie
- Ösophagusfunktion
- Magenentleerung
- Leber-Gallen-Funktionsszintigraphie
- Blutungsquelle

- Thrombozytenscan
- Erythrozytenvolumen
- Schillingtest

Lymphsystem

- Sentinelnode Lymphabfluss
- Nativscan
 - I131 Lu177 Sm153 Y90

Sonstiges

- _____
- _____

Dieses Formular nach erfolgter telefonischer Terminvereinbarung vollständig ausfüllen. Das ausgefüllte Formular an die oben angeführte Nummer faxen und das Original der Patientin/ dem Patienten zur Untersuchung mitgeben. Bei Nichteinlangen der Faxzuweisung wird der Termin nach Bedarf neu vergeben. Bei Notfällen vor der Überweisung -226 67 bzw. Dienst -804 44 verständigen!

PatientInnenvorbereitung
Irenat _____ ggt
Zeit _____