



UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Nuklearmedizin
 Tel.: +41 (0)44 255 18 18 Durchwahl 3
 E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch
 Fax: +41 (0)44 255 44 14
 www.nuk.usz.ch

Anmeldung NUK Therapien

Name, Vorname
Strasse:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
Geburtsdatum:
 Geschlecht: männlich weiblich

Auftraggeber/Zuweiser: (Stempel oder Blockschrift)

Gewünschte Befundübermittlung:
(Bildversand via Mail nicht möglich)

Email _____
 Fax _____
 H-NET _____
 Post _____

Körpergewicht und -grösse:
 Aufgrund der Substanzvorbereitung (Radiopharmakon) für den Patienten sind Körpergewicht und -grösse ein entscheidender Faktor. Deswegen bitten wir Sie um diese Angaben des Patienten.
Körpergrösse/ Körpergewicht:

Angemeldet für:
 Zeit: _____ Datum: _____

Sehr geehrte/ r

Frau Dr. I. Engel-Bicik; Herr Dr. R. Schneiter; Frau Dr. A. Babians-Brunner

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Hiermit melde ich oben genannten Patienten zu folgender Untersuchung an:

Problemorientierte Abklärung gemäss Fragestellung
 Radiojodtherapie (Schilddrüse)
 Neuroendokrine Tumoren (Lutetium)
 SIRT - Selektive interne Radiotherapie
 Schmerztherapie bei Knochenmetastasen
 Alpharadin (Xofigo)
 Anderes:

Klinische Angaben

Fragestellung

Bemerkungen

