

Klinik für Nuklearmedizin

Tel.: +41 (0)44 255 35 55

E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch

Web: 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.

**Körpergrösse/ Körpergewicht:**

Falls Terminvergabe bereits erfolgt:

Zeit:

Datum:

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit melde ich oben genannten/e Patienten/in zu folgender Untersuchung an (bitte entsprechendes ankreuzen):

Problemorientierte Abklärung  
gemäss Fragestellung

Radiojodtherapie (Schilddrüse)

Neuroendokrine Tumoren (Lutetium)

SIRT - Selektive interne Radiotherapie

Schmerztherapie bei Knochenmetastasen

Alpharadin (Xofigo)

Anderes:

### Klinische Angaben

### Fragestellung

### Bemerkungen

Bei Unklarheiten oder Fragen bez. der optimalen Bildgebungsmodalität sind wir jederzeit direkt für Sie erreichbar unter der direkten ärztlichen Hotline 044 255 15 04.

Ihre Anmeldung wird an Patienten-Disposition NUK übermittelt. Die Zuweisung erfolgt (bitte zutreffendes ankreuzen):

persönlich an Frau Dr. I. Engel-Bicik  sonstige: