



RADIOLOGIE
EHINGEN-BLAUBEUREN

DR. MED.
W. KRÜCK

DR. MED.
K. ELSNER

DR. MED. DIPL.-PHYS.
S. THEES

DR. MED.
M. K. TAN-RAU

RECHTFERTIGUNG ZUR NUKLEARMEDIZINISCHEN UNTERSUCHUNG

wird von Arzt/MTA ausgefüllt

TUMOR-/ERKRANKUNG _____

KLINIK _____

VOR-SZINTIGRAPHIE _____
(auch andere Praxis)

ÜBERWEISUNGSSCHEIN _____

UNTERSUCHUNG _____

SCHWANGERSCHAFT Ja Nein AKTIVITÄT _____ MBq 99mTc

STILLEN Ja Nein INJEKTIONSZEIT _____ Uhr

GRÖSSE _____ cm INJEKTIONSSTELLE _____

GEWICHT _____ kg AUFNAHMETERMIN _____ Uhr

ALLERGIE ? _____

Ich bin mit der nuklearmedizinischen Diagnostik incl. Szintigramm einverstanden. Ja Nein

Einverständnis zur Datenverwertung
Ich bin damit einverstanden, dass unter Wahrung datenschutzrechtlicher Bestimmungen meine Unterlagen im Behandlungsfall (Operationen, Kontrollen) an die anfordernde Praxis oder das Krankenhaus weitergegeben werden. Ja Nein

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Blut vom Labor Gärtner Ravensburg untersucht wird. Ja Nein

Ehingen, den _____

Unterschrift _____