

Universitätsklinik für Nuklearmedizin
Studienmanagement
Inselspital
3010 Bern
Telefon 031-66 4 30 22

Anmeldung per E-Mail:
studies.nuk@insel.ch
cc: anmeldung.nuklearmedizin@insel.ch

Zuweisender Arzt

Anschrift (Name, Klinik, Adresse): _____

Telefon (Sucher) / Fax: _____

E-Mail: _____

Angaben Patientin / Patient

Name, Vorname: _____

Studien-Patnr.: _____

Geburtsdatum: _____

Studiennummer: _____

Strasse, Nr.: _____

Studienname: _____

PLZ, Wohnort: _____

Bemerkung: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Gewünschte Untersuchung:

Bei Auswahl "Sonstiges" bitte näher beschreiben: _____

Klinische Angaben / bisherige Therapien:

Fragestellung:

Gewicht: _____ kg Grösse: _____ cm

Aktuelle Medikation: _____

Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja Nein

Stillt die Patientin? Ja Nein

Patienten-CD dem Patienten mitgeben

PACS / H-NET- Versand

Besprechungstermin am: _____

Zusätzliche Befundkopie(n) an: _____

Bemerkungen: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Intern auszufüllen:

Anonymisiert: Ja Nein

Terminplanung

Hochladen durch:

Datum: _____ Uhrzeit: _____