

Universitätsklinik für Nuklearmedizin Inselspital
Bern,
3010 Bern
Telefon 031 632 24 54
Fax 031 632 31 37
E-Mail: therapieambulanz.nuklearmedizin@insel.ch

www.nukmed.insel.ch

Zuweisender Arzt

Anschrift (Name, Klinik, Adresse): _____

Telefon (Sucher) / Fax: _____

E-Mail: _____

Angaben Patientin / Patient

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
Strasse, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____
Krankenkasse: _____ Versicherungsnr: _____
Bitte aufbieten: schnellstmöglich ambulant stationär – wo? _____
Datum / Zeitraum: _____ Termin nach telefonischer Vereinbarung geplant am:
Datum: _____ Uhrzeit: _____

Gewünschte Therapie: _____

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: _____