

Nuklearmedizin

Inselspital, Universitätsspital Bern
Rossenbühlgasse 25/27
CH-3010 Bern

Telefon 031 632 24 54

Fax 031 632 31 37

www.nukmed.insel.ch

E-Mail: anmeldung.nuklearmedizin@insel.ch

Zuweisender Arzt

Anschrift (Name, Klinik, Adresse)

Telefon / (Sucher) / Fax: _____

E-Mail: _____

Angaben Patientin / Patient

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Strassen, Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Sprache: ☐ Deutsch ☐ Französisch

Andere _____

Vorname: _____

Telefon: _____

PLZ, Wohnort: _____

Versicherungsnr: _____

Bitte aufbieten:

☐ schnellstmöglich

☐ Datum / Zeitraum

☐ ambulant ☐ stationär – wo? _____

Termin nach telefonischer Vereinbarung geplant am:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Gewünschte Untersuchung: Bitte auswählen

Bei Auswahl «Sonstiges» bitte näher beschreiben: _____

Klinische Angaben, bisherige Therapien und Fragestellung

- **Wenn vorhanden senden Sie uns Unterlagen von relevanten Voruntersuchungen mit.**
- **Bitte senden Sie uns eine aktuelle Medikamentenliste mit.**

Gewicht: _____ kg

Grösse _____ cm

Liegt eine Schwangerschaft vor? ☐ Ja ☐ Nein

Stillt die Patientin? ☐ Ja ☐ Nein

☐ PACS / H-NET – Versand Spital / Klinik _____

Besprechungstermin am _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____