

					- 1
--	--	--	--	--	-----

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

Bei Ihnen soll heute eine nuklearmedizinische Untersuchung durchgeführt werden. Dazu wird Ihnen eine schwach radioaktive Substanz verabreicht, in den meisten Fällen als eine kleine Injektion in den Arm.

Für Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft ? JA / NEIN / ungewiss

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeitsreaktionen bekannt ? JA / NEIN

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis mit der vorgesehenen Untersuchung !

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

Wird vom Arzt ausgefüllt !

Größe	Injekt.zeit	appl. Aktiv.
Gewicht	Injekt.ort	Nuklid / Kit
Anamnese		Medikation
Beschwerden		
Frühere nuklearmedizinische Aufnahmen		Labor
		TSH:                      µIE/ml