Radiologie Rostock **18107 Rostock Lütten Klein**

DM Th. Muscheites, Dres. med. Hübner / Matthäus Trelleborger Straße 10b ☎ 0381-77635-0

Computertomographie - **Nuklearmedizin** - Ultraschall -
Magnetresonanztomographie - Röntgen

Pat. ID:

Nachname: ..... Wohnort: ....

Vorname: ..... Straße: .....

Geburtsdatum: ..... Tel.: .....

Krankenkasse / -versicherung: .....

für Privatpatienten: Bei Sondertarif, bitte den Vertrag abgeben!

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 ? _____

Wurde in den letzten 6 Monaten im CT eine Kontrastmitteluntersuchung durchgeführt? ja / nein

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

_____ _____
Datum Unterschrift

Wird vom Arzt ausgefüllt!

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