

Stempel der Einrichtung

NK

Prüfdatum

Medizin Technik Gesamt

Schilddrüse Szintigraphie

- graue Felder bitte ausfüllen
- Bilder und schriftliche Befunde sowie Laborbefunde, Sonographiebefunde, Sonographiebilder und SD-Medikation als Anlage mitsenden
- Begründung bei Überschreitung diagnostische Referenzwerte mitsenden

Matrix/ Kollimator:.....
 Kamerateyp:..... Firma und Gerätebezeichnung:.....

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht Pat.	Labor ja/ nein	Jugulum Markierung ja/nein	Zeitintervall zw. Applikation und Aufzeichnung	Sono ja/nein	MBq	Aufnahme dauer
1					/	/		/		
	Rechtfertigende Indiktion									
2					/	/		/		
	Rechtfertigende Indiktion									
3					/	/		/		
	Rechtfertigende Indiktion									

Bitte wenden.

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht Pat.	Labor ja/ nein	Jugulum Markierung ja/nein	Zeitintervall zw. Applikation und Aufzeichnung	Sono ja/nein	MBq	Aufnahme dauer
4					/	/		/		
	Rechtfertigende Indiktion									
5					/	/		/		
	Rechtfertigende Indiktion									
6					/	/		/		
	Rechtfertigende Indiktion									
7					/	/		/		
	Rechtfertigende Indiktion									
8					/	/		/		
	Rechtfertigende Indiktion									

Stempel der Einrichtung

NK

Prüfdatum

Medizin Technik Gesamt

Nierenzintigraphie

- graue Felder bitte ausfüllen
- Bilder und schriftliche Befunde als Anlage mitsenden
- Messblatt für Clearance beifügen oder Methode der Bestimmung angeben:.....
- Bitte laufende Medikation des Patienten mitsenden.
- Begründung bei Überschreitung diagnostische Referenzwerte mitsenden.

Kameratyp:..... Firma und Gerätebezeichnung:.....

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht Pat.	Radio pharmakon	Bohrloch faktor	Matrix: Kollimator	Clearance ja/nein	MBq	Aufnahme dauer
1								/		
	Rechtfertigende Indiktion									
2								/		
	Rechtfertigende Indiktion									
3								/		
	Rechtfertigende Indiktion									

Bitte wenden.

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht Pat.	Radio pharmakon	Bohrloch faktor	Matrix: Kollimator	Clearance ja/nein	MBq	Aufnahme dauer
4								/		
	Rechtfertigende Indiktion									
5								/		
	Rechtfertigende Indiktion									
6								/		
	Rechtfertigende Indiktion									
7								/		
	Rechtfertigende Indiktion									
8								/		
	Rechtfertigende Indiktion									

Stempel der Einrichtung

NK

Prüfdatum

Medizin Technik Gesamt

Skelettszintigraphie

- graue Felder bitte ausfüllen
- Bilder und schriftliche Befunde als Anlage mitsenden
- Begründung bei Überschreitung diagnostische Referenzwerte mitsenden

Kameratyp:..... Firma und Gerätebezeichnung:.....

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht d. Pat.	Phasen	CT j/n	SPECT j/n	Matrix Kollimator	Aufn. Dauer	Zeitintervall Applikation Aufzeichnung	Radio-pharmakon	Aktivität MBq
1						/	/					
	Rechtfertigende Indiktion											
2						/	/					
	Rechtfertigende Indiktion											
3						/	/					
	Rechtfertigende Indiktion											

Bitte wenden.

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht d. Pat.	Phasen	CT j/n	SPECT j/n	Matrix Kollimator	Aufn. Dauer	Zeitintervall Applikation Aufzeichnung	Radio-pharmakon	Aktivität MBq
4						/	/					
	Rechtfertigende Indiktion											
5						/	/					
	Rechtfertigende Indiktion											
6						/	/					
	Rechtfertigende Indiktion											
7						/	/					
	Rechtfertigende Indiktion											
8						/	/					
	Rechtfertigende Indiktion											



Stempel der Einrichtung

NK

Prüfdatum

Medizin Technik Gesamt

Lungenzintigraphie

- graue Felder bitte ausfüllen
- Bilder und schriftliche Befunde als Anlage mitsenden.
- Begründung bei Überschreitung diagnostische Referenzwerte mitsenden.

Matrix/ Kollimator:.....
 Kameratyp:..... Firma und Gerätebezeichnung:.....

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht d. Pat.	Ventilation MBq	Perfussion MBq	Aufnahme dauer	Zeitintervall zw.Applikation und Aufnahme	Radio-pharmakon	Bemer kung
1										
	Rechtfertigende Indiktion									
2										
	Rechtfertigende Indiktion									
3										
	Rechtfertigende Indiktion									

Bitte wenden.

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht d. Pat.	Ventilation MBq	Perfusion MBq	Aufnahme dauer	Zeitintervall zw.Applikation und Aufnahme	Radio-pharmakon	Bemerkung
4										
	Rechtfertigende Indiktion									
5										
	Rechtfertigende Indiktion									
6										
	Rechtfertigende Indiktion									
7										
	Rechtfertigende Indiktion									
8										
	Rechtfertigende Indiktion									

Stempel der Einrichtung

NK

Prüfdatum

Medizin Technik Gesamt

Myokardszintigraphie

- graue Felder bitte ausfüllen
- Bilder und schriftliche Befunde als Anlage
- Bitte laufende kardiovaskuläre Medikation/ Risikofaktoren des Patienten mitsenden.
- Begründung bei Überschreitung diagnostische Referenzwerte mitsenden

Methode der Stressuntersuchung:.....
 Matrix/ Kollimator:.....
 Kameratyp:..... Firma und Gerätebezeichnung:.....

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht d. Pat.	Ruhe MBq	Stress MBq	Aufnahme Dauer Ruhe	Aufnahme Dauer Stress	Zeitintervall zw. Applikation und Aufnahme	Radio-pharmakon	weitere Arzneimittel
1											
	Rechtfertigende Indikation										
2											
	Rechtfertigende Indiktion										
3											
	Rechtfertigende Indiktion										

Bitte wenden.

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht d. Pat.	Ruhe MBq	Stress MBq	Aufnahme Dauer Ruhe	Aufnahme Dauer Stress	Zeitintervall zw. Applikation und Aufnahme	Radio-pharmakon	weitere Arzneimittel
4											
	Rechtfertigende Indiktion										
5											
	Rechtfertigende Indiktion										
6											
	Rechtfertigende Indiktion										
7											
	Rechtfertigende Indiktion										
8											
	Rechtfertigende Indiktion										

Stempel der Einrichtung

NK

Prüfdatum

Medizin Technik Gesamt

weitere Untersuchungen:

- graue Felder bitte ausfüllen
- Bilder und schriftliche Befunde als Anlage mitsenden
- Begründung bei Überschreitung diagnostische Referenzwerte mitsenden

Matrix/ Kollimator:.....
 Kameratyp:..... Firma und Gerätebezeichnung:.....

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht d. Pat.	SPECT j/n	CT j/n	Aufnahme dauer	Zeitintervall zw.Applikation und Aufnahme	Radio-pharmakon	Aktivität MBq	Bemerkung
1					/	/					
	Rechtfertigende Indiktion										
2					/	/					
	Rechtfertigende Indiktion										
3					/	/					
	Rechtfertigende Indiktion										

Bitte wenden.

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht d. Pat.	SPECT j/n	CT j/n	Aufnahme dauer	Zeitintervall zw.Applikation und Aufnahme	Radio-pharmakon	Aktivität MBq	Bemerkung
4					/	/					
	Rechtfertigende Indiktion										
5					/	/					
	Rechtfertigende Indiktion										
6					/	/					
	Rechtfertigende Indiktion										
7					/	/					
	Rechtfertigende Indiktion										
8					/	/					
	Rechtfertigende Indiktion										