

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

# Lungenszintigraphie

- 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 |            |        |                 |           |        |                |   |                 |               |           |
|   |                           |            |        |                 |           |        |                |   |                 |               |           |