

Patienten-Etikett mit Barcode

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

UNIVERSITÄTSKLINIKUM LEIPZIG

Anstalt öffentlichen Rechts

Eingangs-Nummer

Department für Bildgebung und Strahlenmedizin

Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Hauptstandort Liebigstraße 18, 04103 Leipzig
 Telefon Anmeldg. 0341 9718003 Fax 0341 9718009

Schilddrüsen-untersuchungen Stephanstraße 9a, 04103 Leipzig
 Telefon Anmeldg. 0341 9718066 Fax 0341 9718059

PET und PET/CT Stephanstraße 9a, 04103 Leipzig
 Telefon Anmeldg. 0341 9718041 Fax 0341 9718069

Bitte separate PET-Anforderungsbögen verwenden!

210.2

Einsender-Etikett



Einsender (Stempel)

**Einsender
(Stempel)**

Anforderungsdatum

Telefon für Rückfragen

Behandlungsart		Tarif-Info
Stationär	Ambulant	
Vollstationär	Primär-Abrechnungs-Schein	Pauschale
Teilstationär	Ü-Schein	EBM
Vorstationär	Notfallschein	GOÄ
Nachstationär	BG-Fall (Unfall)	DKG-NT
	Privatabrechnung	BG-T
Privatpat./Selbstzahler	Vereinbarte Einzelleistung	Gutachten
Ärztl. Wahlleistung	Außerhalb der Regelzeit	Forsch./Haush.
Fremdes Haus	Ambulantes Operieren	Forsch./Drittm.

NOTFALL

Bitte unbedingt ausfüllen: (ohne Eintrag keine Untersuchung möglich!)

Angaben zum Patienten			
Größe	cm	Gewicht	kg
			Schwangerschaft (wenn ja, nur bei absoluter Indikation) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Klinische Angaben: relevante anamnestische Angaben, bisherige Diagnosen, Röntgenbefunde, Labordaten, etc.			
Derzeitige Medikation			
Fragestellung (Ohne exakte Fragestellung ist keine Untersuchung möglich)*		Stempel/Unterschrift des überw. Arztes	
*s. Richtlinien zur Str. SchV		Datum	
Untersuchungsart			
Applikation		Untersuchungsdatum	
Applikationszeit		Messplatz	
Applikationsstelle		Messzeit	
Unterschrift Applizierender		Unterschrift verordnender Arzt	
Appliziertes Pharmakon (Nuklid, chem. Bezeichnung, Dosis)		Zusatzaufnahmen	