

**Patientenetikett**

**Klinik:**

**Station:**

**Telefon:**

**Fragestellung:**

DaTSCAN

IBZM

Vorbereitung

- Irenat geben
- interferierende Medikamente (siehe Liste) / abgesetzt seit:

Terminwunsch:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anfordernder Arzt

**An- und Abmeldung spätestens zwei Tage vor Untersuchungstermin.**

**Nur von der Klinik für Nuklearmedizin auszufüllen:**

Präparat kontrolliert \_\_\_\_\_  
Unterschrift MTA

**Applikation:**

Chargenaufkleber

Aufkleber Injektion

Injektionsort:

Bemerkung (para etc):

Injektionszeit:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

**Akquisition**

Startzeit der Akquisition:

Tischhöhe:

Detektorabstand:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift MTA

verantwortlich: F. Gühne

© Universitätsklinikum Jena – Klinik für Nuklearmedizin

ukj\_kfn\_fi\_FP\_CIT+IBZM\_SPECT\_Anmeldung