

Anmelder: (Praxis- oder Klinikstempel)

An die
Nuklearmedizin des Uniklinikum Halle (Saale)
Anmeldung zur nuklearmedizinischen Diagnostik
Fax: 0345 557-3466



**Department
für Strahlenmedizin**
Direktor:
Prof. Dr. med. D. Vordermark

Abteilung Nuklearmedizin
Chefarzt:
Prof. Dr. med. Dr. phil. A. Heinzel

Hausanschrift
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
nuklearmedizin@uk-halle.de

www.medizin.uni-halle.de/nuklearmedizin

Sekretariat
Telefon: 0345 557-3463
Telefax: 0345 557-3466

Patientenanmeldung
Telefon: 0345 557-4308
Telefax: 0345 557-3121

Funktionsbereiche
PET-CT
Schilddrüsenambulanz
Konventionelle nuklear-
medizinische Diagnostik
Nuklearmedizinische
Therapiestation
RIA-Labor
Radiochemie
Medizinphysik

Patient (ggf. Patientenetikett):

Name: _____

Vorname: _____

geb.: ____ . ____ . ____

Fragestellung: _____

Schilddrüsentherapie:

- Radioiodtherapie bei benigner Schilddrüsenerkrankung
 Radioiodtherapie bei maligner Schilddrüsenerkrankung

Tumorthherapie (außer Schilddrüse):

- PSMA-Therapie
 Radiorezeptor-/ Peptidtherapie (NET)

 MIBG-Therapie
 Samariumtherapie
 SIRT

WICHTIG!

Bitte ergänzen Sie die Anmeldung um aktuelle Befunde (Arztbrief, Labor, Bildgebung, Tumorboardprotokoll etc.). Vielen Dank.

Sonstiges (nach Rücksprache): _____

Datum Name/ Unterschrift Telefon

