

Entzündungsfokussuche

- Bakterielle Entzündung: Entzündungsszintigraphie ¹
- Osteomyelitis / Protheseninfekt: Entzündungsszintigraphie ¹
und ergänzend Mehrphasen Knochenszintigraphie

Gehirn und Nervensystem

- Sympathische Innervation des Herzens bei M. Parkinson: MIBG-Stinti. ¹
- Hirn-Perfusion: HMPAO-SPECT ¹

Leber

- Unklare Leberräumforderungen: z. B. Hämangiome, FNH ¹
- Hepatobiliäre Funktion: Leberszintigraphie HIDA / BRIDA ²

Lunge

- Lungenemboliediagnostik Lungenszinti. Perf. + Vent. ¹
- Quantifizierung ¹
 - Lungenemphysem
 - Prä-OP Funktionsprüfung

Lymphsystem

- Lymphabflussszintigraphie ¹
- Wächter-Lymphknoten-Szintigraphie (SLN-Szintigraphie) ¹

Mundhöhle/Verdauungstrakt

- Speicheldrüsenszintigraphie (¹ Stunde vorher nichts essen oder trinken)
- Ösophagus Szintigraphie ¹
- Magenentleerungsuntersuchung ²
- Vitamin B12- Resorption: Schillingtest ²
- Hepatobiliäre Funktion: Leberszintigraphie HIDA / BRIDA ²
- Meckel-Divertikel: Meckel-Szintigraphie (Thyreostatika müssen pausiert werden) ²
- Blutungsquelle bei gastrointestinaler Blutung ¹

Tumordiagnostik

- Tumorszintigraphie bei Neuroblastom/Phäochromozytom/Paragangliom: MIBG-Szintigraphie ^{1,3}
 - Tumorszintigraphie bei neuroendokrinen Tumoren: SSTR-Szintigraphie ¹
 - Tumorszintigraphie der Schilddrüse: MIBI-Szintigraphie ¹
- (für die Knochenszintigraphie bei primären und sekundären Knochentumoren gibt es ein separates Anforderungsformular)

Sonstige Szintigraphie: _____

- **Für Dat-Scan, Myokardszintigraphie, Nierenszintigraphie, Schilddrüsendiagnostik und Skelettszintigraphie gibt es separate Anforderungsformulare.**

Vorbereitung:

1 Vor der Untersuchung ist keine Nahrungskarenz erforderlich

2 Nahrungskarenz von mind. 4 Stunden vor der Untersuchung erforderlich

3 Schilddrüsenblockade mittels Irenat mind. 30 min vor der Untersuchung erforderlich

1) Patientendaten:

Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum: _____	
Telefon: _____	Mobil: _____
Adresse: _____	
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich (Überweisung erforderlich!) <input type="checkbox"/> privat
Größe: _____	Gewicht: _____
Bei Frauen < 50 J.: Schwangerschaft/Stillen ausgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Dringlichkeit der Untersuchung: dringend / nicht dringend / Wunschtermin _____	

2) Medizinische Angaben:

Diagnose: _____
Fragestellung: _____
<u>Vorerkrankungen:</u> _____ _____ _____

- Bitte senden Sie den letzten aktuellen Arztbrief mit dieser Anforderung per Fax an: 0231 / 922 -1653.
- Telefonisch erreichen Sie uns unter 0231 / 922 -1651.

Name, Anschrift des Zuweisers:

Telefonnummer für Rückfragen: _____