

Kardiologie, Medizinische Universitätsklinik
Institut für Diagnostische
Radiologie und Nuklearmedizin
Standort Liestal

ANMELDUNG FÜR MYOKARDPERFUSIONSSZINTIGRAFIEIN SPECT-CT - TECHNIK

Körpergrösse: _____ cm Gewicht: _____ kg

Klinische Diagnosen

Fragestellung

Medikamente

Auftraggeber

Telefon | Sucher

Datum | Unterschrift

Hausarzt:

Kopien an:

Frühere Untersuchungen: ☐ JA ☐ NEIN

Wenn JA, wann? _____

**Bitte Anmeldung an die Medizinische Diagnostik Fax 061 925 28 13, intern via STA 34 oder
kardiologie.liestal@ksbl.ch**

Wird vom Kardiologen ausgefüllt für das Aufgebot:

Betablocker absetzen: JA ☐ NEIN

Untersuchungsart: ☐ Fahrrad ☐ Adenosin

Wird von der Radiologie ausgefüllt:

Termin: _____ Zeit: _____

Aufgebot inkl. Info-Material versandt. Datum:

Unterschrift: