

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nummer

PLZ/Ort

Telefon/Natel privat

Telefon Geschäft

Garant: Krankenkasse/Unfallversicherung

Terminwunsch

Bis spätestens

Bestätigter Termin

**INSTITUT FÜR NUKLEARMEDIZIN**  
Schänzlistrasse 39  
3013 Bern  
nukanmeldung.salem@hirslanden.ch

**Spezialärzte für Nuklearmedizin  
und Radiologie**  
Dr. med. Bernd Vollnberg  
Dr. med. Jan Wartenberg  
**NukMedRad KLG**

**Bitte Patient aufbieten**

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

KLINISCHE ANGABEN

FRAGESTELLUNG

Grösse

Gewicht

Port-a-Cath

Ja

Nein

Schwangerschaft

Ja

Nein

Stillende Patientin

Ja

Nein

Bemerkungen:

BILDER

via Webportal

E-Mail:

**Befundkopie an**

Bitte fügen Sie den aktuellen Arztbericht sowie die für die Befunderstellung relevanten Informationen bei.

Bitte informieren Sie uns im Verhinderungsfall 24 Stunden vorher, damit der Termin nicht verrechnet wird.

**Datum/Unterschrift/Stempel**

Senden