

MVZ **R**adiologie München Süd West

Anamnesebogen Nuklearmedizin

Name:

Schwangerschaft: ja nein

Gewicht: Größe:

.....

Unterschrift

Datum:	
Uhrzeit:	
Aktivität:	
Arzt/MTA:	
Injektionsstelle	

Untersuchung

Anamnese

Skelett

Schmerzen

Nieren

Traumen

Lunge

Operationen

Tumorszintigraphie

Radiatio

Entzündungszintigraphie

Chemotherapie

sonstiges :

Medikamente

sonstiges

Bemerkungen/Besonderheiten: