

**Bitte faxen Sie die Anforderung an die folgende Faxnummer: 0451 500 -45004 oder -199 76508**

**Für Rückfragen: Tel. 0451 500 76508 oder per E-Mail: [elektive.mk3.luebeck@uksh.de](mailto:elektive.mk3.luebeck@uksh.de)**

**Allgemeine Daten:**

Pat. Name: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

**Anfordernder Arzt (Name/Tel)**

**Diagnose / Verdachtsdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Dringlichkeit:**     in den nächsten 1-5 Tagen     in der nächsten Woche     2-3 Wochen

 anderer Zeitraum: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**
*Antikoagulation*                       Ja     Nein            Welche \_\_\_\_\_

*Allergien (Medi., KM?)*               Ja     Nein            Welche \_\_\_\_\_

*	Untersuchungen	Reihenfolge/ Besonderheiten		Fragestellung/Indikation	✓
	Lufu/BGA				
	O2 - Belastung				
	6-Min-Gehtest				
	Spiroergometrie				
	Schlafapnoe				
	Bronchoskopie	flexibel	starr		
	Pleurasonographie / Punktion				
	EKG				
	Echo				
	Sono-Abdomen				
	CT-Thorax	mit KM	Ohne KM		
	CT-Abdomen				
	CR-Thorax				
	CMRT				
	Skelettszintigraphie				
	PET-CT				
	Inhalation/Perfusionsszinti.				
	CT-gest. Punktion	re	li		
	Portimplant				
	Herzkatheter	re	li		
	Konsil				
	prä-med				
	Chemo				

\*Bei Bedarf bitte die gewünschte Reihenfolge angeben.

Bearbeitet am: 05.08.2022	Geprüft am: 05.08.2022	Freigegeben am: 05.08.2022
Groth, Marsha	Groth, Marsha	Parschke, Patrick