

Projekt henvisning

Nuklearmedicin og PET

Aarhus Universitetshospital, Palle Juul-Jensens Boulevard 165, J220, 8200 Aarhus N

askonfpet@rm.dk

Tlf: 7845 6270

CPR: _____	Højde: _____ cm Vægt: _____ kg
Navn: _____	Gravid: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Amning: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
Adresse: _____ _____	<input type="checkbox"/> forsøgspatient <input type="checkbox"/> rask forsøgsperson
Tlf: _____ Mobil: _____	Tidligere skanninger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
	Hvis ja, dato: _____
	Skannende læge på us. dag: _____

Projektnummer: _____ Projekttitel: _____

Modalitet: HRRT _____ PET/CT _____ PET/MR _____ SPECT/CT _____ Andet: _____

Projektet skal beskrives: ja nej, **hvis ja, hvilken læge:** _____

Eventuelle kliniske oplysninger: _____

Udfyldt informeret samtykke findes i projektmappen.

Dato: _____

Her underskriver den projektansvarlige eller dennes stedfortræder.
Ved underskrift hæftes for udgifterne ved denne henvisning/skanning
i henhold til den indgåede økonomiske aftale.

Henvisende afdeling: _____

Patient ankomst aftalt til: / **20** **kl:**

Injektion sporstof aftalt til: / **20** **kl:**

Start kl: **Slut kl:**

Patient ankomst aftalt til: / **20** **kl:**

Injektion sporstof aftalt til: / **20** **kl:**

Start kl: **Slut kl:**