

Anmeldung HGKZ

FM-HGKZ-011

Inkorporationsmessung Hochempfindlicher Ganzkörperzähler

Familienname:

Vorname, akad. Grad:

Familienname bei der Geburt:

Geburtsdatum:

Sozialversicherung:

Sozialversicherungsnummer:

Wohnadresse:

Gewicht: kg Länge: cm Alter: Jahre

Beruf/Tätigkeit:

ArbeitgeberIn:

ZuweiserIn:

Abteilung:

Kostenstelle:

Ich erkläre mit folgenden offenen Radionukliden zu arbeiten:

Unterschrift: _____

Datum:

Bitte nicht ausfüllen:

Nr. der Messung: _____

KIS-Patientenzahl