

PET-CT Anmeldung

Bitte Herunterladen, Ausfüllen und "SENDEN" drücken oder per Fax an **06841 16 1724666** schicken

FDG Ganzkörper
FDG Hirn
PSMA (konvent. / mit Zirkonium-89)
F-Dopa
DOTATOC / JR 11/ LM3

FAPI
Amyloid
Cholin
Exendin
Sonstige _____

Patientendaten / Etikett:

Name:
 Vorname:
 Geburtsdatum: (Tag, Monat, Jahr)
 Strasse:
 PLZ/Ort:
 Tel. zur Terminierung

Kostenübernahmestatus

GKV
 Antrag gestellt am
 Antrag genehmigt
 PKV
 Selbstzahler
 Studie: _____

ambulant stationär post-/ prästationär Konsil betreut

Betreuer stimmt der Untersuchung zu, Aufklärung ist unterschrieben noch nicht informiert

Name: Telefon, bzw. Faxnummer des Betreuers:

Indikation:

(V.a.) Bronchialkarzinom	Tumorsuche / CUP	Sarkoidose
Bronchialkarzinom	V.a. Insulinom	Neuroendokrine Tumore(NET)
Lymphom (NHL, M. Hodgkin)	HNO-Tumor	Demenzabklärung
Entzündungssuche	Prostatakarzinom	Hyperparathyreoidismus
Andere:		

Fragestellung und nähere Angaben:

Terminwunsch:

Eilt

Kreatinin: mg/dl **TSH:** ml U/l **Datum der erhobenen Werte:**

Gewicht: kg **PSA:** ng/ml (bei PSMA-PET/CT)

Diabetes mellitus

Medikamentös eingestellt
 Metformineinnahme (2 Tage zuvor absetzen)
 insulinpflichtig

Niereninsuffizienz

Patient aktuell **infektiös** Erreger:

Allergie auf jodhaltige Kontrastmittel

Anmeldender Arzt:

Anmeldedatum:

Tel.-Nr.: / Funk:

Fax.:

Klinik:

Stempel

Facharzt für Nuklearmedizin:

Rechtfertigende Indikation:

Datum, Uhrzeit: _____

Tracer/Untersuchung: _____

Unterschrift: _____

oder per Fax an **06841 161724666**