

PET/CT-Anforderung

Zuweisende Klinik/Praxis/Station: <hr/>
Arzt/Ärztin: <hr/>
Tel.: <hr/>
Fax. (zur Befundmitteilung): <hr/>
Terminwunsch: <input type="checkbox"/> schnellstmögl. / <hr/>
Durch Nuklearmedizin auszufüllen: Termin: _____ Uhrzeit: _____

Patienteninformation	
Name, Vorname: _____	
Geb. am: _____	
Tel.-Nr.: _____	
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär / prä-/post-stationär	
Versicherungsstatus: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> GKV	
Größe [cm]: _____	Gewicht [kg]: _____

Gewünschte Untersuchung:

PET inkl. nativer low-dose CT (PET/CT)

- Diabetes bekannt? Ja Nein
- Therapie mit Insulin? Ja Nein
- Wann erfolgen Insulin-Gaben (z. B. Basis-Bolus-Konzept?) _____
- Frage nach Infektfokus/Endokarditis? (Diätprotokoll erfragen) Ja Nein
- Patient kontinent / bei Inkontinenz mit Katheter versorgt? Ja Nein
- Patient gehfähig? Ja Nein (bettlägerig / im Stuhl)

Tracer: FDG PSMA DOTATOC Cholin DOPA SONSTIGE: _____

Standarduntersuchungsbereich: Schädelbasis bis Mitte Oberschenkel

Der Standarduntersuchungsbereich wird bei bestimmten Fragestellungen durch den Nuklearmediziner erweitert

- zusätzlich zum Standarduntersuchungsbereich weitere vom Zuweisenden gewünschte Regionen:**
(die Indikation hierfür wird durch den Nuklearmediziner geprüft)
 Ergänzende Untersuchungsregion: Schädel Arme Beine

Anamnese: _____

Fragestellung: _____

Besonderheiten (z. B. Dialysetage oder Grund für die Erweiterung des Untersuchungsbereiches, sofern nicht ersichtlich):

Telefonische Anmeldung PET: 0234/299-83855

Bitte anschließend diese Anforderung (& ggf. weitere Unterlagen) per Fax an Nr.: 0234/299-3850

Der Patient (bei stationären Patienten die Station) wird durch uns über den Untersuchungstermin informiert.
 Bitte oben eine Faxnummer zur zeitnahen Befundübermittlung angeben.