

Anmeldung zur PET/CT-Untersuchung

**Patientendaten / Aufkleber**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar (von **08:00 – 16:00** Uhr): \_\_\_\_\_

Krankenkasse:      Privat      Gesetzlich

Bitte geben Sie der Patientin / dem Patienten zur oben genannten Untersuchung bereits vorhandene Vorbefunde / Bilder wie zum Beispiel CT, MRT, Szintigraphien, Laborwerte (TSH, Kreatinin), histologische Befunde und Ähnliches mit.

**Termin:**

Körpergewicht:                      kg                      Körpergröße:                      cm

„Platzangst“?                      JA                      NEIN

Geschäftsfähig?                      JA                      NEIN      => dann ist die Angabe einer betreuenden Person mit entsprechender Vollmacht nötig.

Betreuer\*in:

Schwangerschaft?                      JA                      NEIN

Überweisung	Aufenthaltsart:	F-18-FDG	Ga-68-HBED
Konsil	Ambulant	F-18-PSMA	Ga-68-DOTA
Selbstzahler	Stationär	C-11-MTH	
		C-11-PIB	

Diagnose: \_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_

NET		JA ⇔	Angabe Ki-67
		Sandostatin?	Tag der letzten Gabe:
			Nächste Gabe geplant:
Prostatakarzinom		JA ⇔	aktueller PSA-Wert
Diabetes mellitus	NEIN	JA ⇔	Metformin      Insulin
Kontrastmittelallergie	NEIN	JA	
Schilddrüsen-Überfunktion	NEIN	JA ⇔	Aktueller <b>TSH</b> -Wert
Nierenfunktion		⇔	Aktueller <b>Kreatinin</b> -Wert
Voruntersuchung PET	NEIN	JA ⇔	Wann / Wo?
Voruntersuchung CT/MRT	NEIN	JA ⇔	Wann / Wo?

**Patientenvorbereitung:**

**Die Patientin / der Patient muss mindestens sechs Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein!**

**NUR Mineralwasser ist erlaubt.**

Am Untersuchungstag wird die Patientin / der Patienten gebeten, sich vor der Untersuchung auf Ebene 1 in der Anmeldung der Nuklearmedizin einzufinden. **WICHTIG:** mit **GÜLTIGEM** Überweisungsschein und Gesundheitskarte!

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Zuweisende Praxis oder zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_      Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      Fax: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

verantwortlicher Mitarbeiter: \_\_\_\_\_