

## Anforderung PET-MRT

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum des Patienten: \_\_\_\_\_ Telefon des Patienten: \_\_\_\_\_  
 Adresse des Patienten: \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherung:     gesetzlich                    bei: (Vers.+Ort) \_\_\_\_\_  
                                    privat                                bei: (Vers.+Ort) \_\_\_\_\_  
 Größe / Gewicht: \_\_\_\_\_  
 Grunderkrankung: \_\_\_\_\_  
 Konkrete Fragestellung: \_\_\_\_\_

### Gewünschte PET-Untersuchung:

- |                                 |                                    |  |   |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> FDG    | <input type="checkbox"/> DOTATATE  | <input type="checkbox"/> PSMA            | <input type="checkbox"/> FET (Hirn)     |
| <input type="checkbox"/> HED    | <input type="checkbox"/> Methionin | <input type="checkbox"/> Ammoniak (Herz) | <input type="checkbox"/> Amyloid (Hirn) |
| <input type="checkbox"/> Cholin | <input type="checkbox"/> FAPI      |  |   |

### Untersuchungsgebiet:

- |                               |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Ganzkörper |
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> _____      |

### Zusätzliche Informationen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infektionen/Infekte: | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer / bettlägerig |
| <input type="checkbox"/> Klaustrophobie       |  |

<input type="checkbox"/> Shunt <input type="checkbox"/> Neurostimulator <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher / Defi / künstl. Herzklappe <input type="checkbox"/> Metallstifte / Fixateure <input type="checkbox"/> Eventrecorder	<input type="checkbox"/> Gelenkprothesen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> Gefäßclips <input type="checkbox"/> Metallsplitter (metallverarb. Beruf) <input type="checkbox"/> Stents
---	--

Bei oben genannten Objekten werden Hersteller und Typ, Implantationsjahr und -ort, Lage und Größe des Objektes benötigt. Diese Informationen und den Implantatpass bitte im Vorfeld per Fax an 0251 – 83 40606, vorhandene Bildgebung des Objektes bitte im Vorfeld per CD oder xPipe übersenden.

Aktuelles Labor	Datum	Wert	Referenzbereich
<b>GFR</b>	_____	_____	_____
<b>Kreatinin</b>	_____	_____	_____

Aktuelle Schnittbildgebung vorhanden?    nein    ja    (bitte CD mitgeben oder über xPipe hochladen)

Körperregion: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie den letzten (stationären) oder aktuellen ambulanten Arztbrief mit dieser Anforderung per Fax an 0251 - 83 40606. Telefonisch können Sie uns erreichen unter 0251 – 83 47370.

! Bitte mindestens 4 h (besser 6 h) vor dem Untersuchungstermin nüchtern bleiben (Wasser ist erlaubt), für Ammoniak-Untersuchungen bitte 24 h vorher auf Tee, Kaffee oder Schokolade verzichten, für FET bitte auf thyrosinhaltige Speisen wie z. B. Käse verzichten!

Name, Anschrift der anfordernden Praxis: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Erstellt durch (Autoren):	Geprüft durch:	Freigegeben durch:	Seite
Deupmann, Ina	Laemmerhirt, Nicole am 15.02.2022 (formal) Deupmann, Ina am 15.02.2022 (inhaltlich)	Schäfers, Michael am 15.02.2022	1 von 1