

Anforderung PET-CT

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"/> DOPA | <input type="checkbox"/> Ammoniak (Herz) | <input type="checkbox"/> Amyloid (Hirn) |
| <input type="checkbox"/> F-18 Cholin | <input type="checkbox"/> FAPI | <input type="checkbox"/> CT mit Kontrastmittel (sonst i.d.R. nur low-dose CT) | |

Bisherige Therapie:

	von	bis
<input type="checkbox"/> Operation	_____	_____
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Bestrahlung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Antihormonelle Therapie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Antibiotische Therapie	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

Vorerkrankungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infektionen/Infekte | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Kontrastmittelallergie |

Aktuelle Schnittbildgebung vorhanden? nein ja (bitte CD mitgeben) Körperregion: _____

Besonderheiten: _____

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

! Bitte mindestens 4 Stunden vor dem Untersuchungstermin nüchtern bleiben (Wasser ist erlaubt). Bei Kontrastmittel-CT bitte aktuelles Labor (TSH, Kreatinin) mitgeben und ggf. Metformin zwei Tage vor dem Untersuchungstermin absetzen.

Name, Anschrift der anfordernden Praxis: _____

Telefonnummer: _____
