

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"/> DOPA | <input type="checkbox"/> Ammoniak (Herz) | <input type="checkbox"/> Amyloid (Hirn) |
| <input type="checkbox"/> F-18 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
GFR	_____	_____	_____
Kreatinin	_____	_____	_____

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: _____

Telefonnummer: _____

Erstellt durch (Autoren):	Geprüft durch:	Freigegeben durch:	Seite
Deupmann, Ina	Laemmerhirt, Nicole (2019 am 23.02.2023 (formal) Deupmann, Ina (2021-10-14 am 23.02.2023 (inhaltlich)	Schäfers, Univ.-Prof. Dr. am 23.02.2023	1 von 1