

Anmeldung zur PET (Positronen Emissions Tomographie) Fax: 0381-494 9025

Bitte dieses Formular ausfüllen und mit Untersuchungsunterlagen zurückfaxen !

Reset

Neuroonkologie **OP-Termin:**

präoperatives **FET-PET/CT** mit low-dose-CT zur Schwächungskorrektur der PET-Daten

postoperatives **FET-PET/CT** mit low-dose-CT zur Schwächungskorrektur der PET-Daten (24h postoperativ)

postoperatives **MRT nativ + KM** (24h postoperativ)

Patientenaufkleber

Patient:

Geburtstag: Alter:

Größe: cm Gewicht: kg

stationär ambulant

Terminwunsch:

Amb. Privatversichert Ja Nein

Schwangerschaft Ja Nein

Ist der/die Pat. geschäftsfähig Ja Nein

Leidet der/die Pat. an Ja Nein

Klaustrophobie Ja Nein

Klinische Angaben

Fragestellung

Diabetes mellitus Ja Nein Nüchtern-Blutzucker:

SD-Überfunktion Ja Nein Kontrastmittelallergie Ja Nein

Asthma/COPD Ja Nein

Metformin-Präparat Ja Nein (Medikation bitte 2 Tage vor der Untersuchung absetzen)

Akt. Kreatinin Wert Datum: **Akt. TSH Wert** Datum:

Aktuelle Medikation:

Operationen: Ja Nein Wann?

Chemotherapie: Ja Nein Wann beendet?

Strahlentherapie: Ja Nein Wann beendet?

Voruntersuchungen PET: Ja Nein Wann/Wo?

Voruntersuchungen CT: Ja Nein Wann/Wo?

wenn ja, unbedingt **CT-Befund mitfaxen/-senden!**

Patientenvorbereitung für onkologische und neurologische PET Untersuchungen

Der/die Pat. sollte > 4 Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein, insbesondere eiweißreiche Kost ist zu meiden. Wasser und ungesüßter Tee sind erlaubt.

Dem/der Pat. sind aktuelle CT- und/ oder MRT-Aufnahmen (in digitaler Form) und Befunde bitte unbedingt mitzugeben!

 Praxis/Krankenhaus:  Patient/Patientin:

Überweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)

Überweisende Station