

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

Bitte dieses Formular ausfüllen und mit Untersuchungsunterlagen zurückfaxen !

- 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)

Patienten-Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Krankenkasse:

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

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