

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

Bitte dieses Formular ausfüllen und mit Untersuchungsunterlagen zurückfaxen !

Reset

<input type="checkbox"/> Onkologie	<input type="checkbox"/> PET oder PET-CT mit low-dose-CT (Cave: Ein low- dose- CT ersetzt nicht das diagnostische CT)	<input type="checkbox"/> Kardiologie (bitte Katheterbefund mit faxen)
	<input type="checkbox"/> PET- CT mit diagnostischem CT	<input type="checkbox"/> Neurologie

Patientenaufkleber

Patient:

Geburtstag: Alter:

Krankenkasse:

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

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:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wann?	<input type="text"/>
Chemotherapie:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wann beendet?	<input type="text"/>
Strahlentherapie:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wann beendet?	<input type="text"/>
Vorunters. PET/Szintigrafie:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wann/Wo?	<input type="text"/>
Voruntersuch. CT/MRT:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wann/Wo?	<input type="text"/>

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

<p>Patientenvorbereitung für onkologische und neurologische PET-Untersuchungen</p> <p>Der/die Pat. muss mindestens 6 Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein. Wasser und ungesüßter Tee sind erlaubt. Kein Kaffee!</p> <p>Patientenvorbereitung f. kardiologische Untersuchungen</p> <p>Vitalität: Nicht nüchtern, kann vorher frühstücken</p>	<p>Bemerkung des Nuklearmediziners:</p> <p><input type="text"/></p>
--	--

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