

Anmeldung zur PET (Positronen Emissions Tomographie) Fax: 0381-494 9025
mit 68Ga- PSMA (indiziert bei z.B. Prostata-Ca, Harnblasen-Ca.)

Bitte dieses Formular ausfüllen und mit Untersuchungsunterlagen zurückfaxen !

- PET oder PET/CT mit low-dose-CT zur Schwächungskorrektur der PET-Daten
PET/CT mit diagnostischem CT

Patienten-Name:

Anschrift:

Formular for patient name, address, birth date, weight, and height.

stationär

ambulant

Terminwunsch:

- Amb. Privatversichert ja/nein
Schwangerschaft ja/nein
Ist der/die Pat. geschäftsfähig ja/nein
Leidet der/die Pat. an Klaustrophobie ja/nein

Geburtsdatum:

Gewicht: kg Größe: cm

Krankenkasse:

Klinische Angaben and Fragestellung sections.

PSA

Antiandrogene Therapie

SD-Überfunktion

Metformin-Präparat

Formular for PSA, SD-Überfunktion, and Metformin-Präparat.

Diabetes mellitus: ja/nein

Kontrastmittelallergie 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!

Der/die Pat. muss mindestens 6 Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein.

Mineralwasser und ungesüßter Tee sind erlaubt.

Dem/der Pat. bitte in jedem Fall vorhandene Untersuchungsunterlagen (aktuelle CT- und/ oder MRT-Aufnahmen in digitaler Form, Knochenszintigramm, Befunde, PSA-Laborwerte, Histologie usw.) am Untersuchungstag mitgeben !



Praxis/ Krankenhaus:



Patient/ Patientin:

Überweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)

Überweisende Station