

**Anmeldung zur PET (Positronen Emissions Tomographie) Fax: 0381-494 9025**  
**mit <sup>68</sup>Ga- 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**  
 (Cave: Ein low-dose-CT ersetzt nicht das diagnostische CT)
- PET/CT mit diagnostischem CT**

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:

**PSA**

Antiandrogene Therapie \_\_\_\_\_

SD-Überfunktion ja  nein

Metformin-Präparat ja  nein

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