

**Anmeldung zur PET (Positronen Emissions Tomographie) Fax: 0381-494 9025**  
**mit <sup>68</sup>Ga-PSMA (indiziert bei z. B. Prostata-Ca)**

**Bitte dieses Formular ausfüllen und mit Untersuchungsunterlagen zurückfaxen!**

Reset

- PET oder PET/CT** mit auxiliären CT zur Schwächungskorrektur der PET-Daten  
 (Cave: Ein auxiliären CT ersetzt kein diagnostisches CT)
- PET- CT** mit diagnostischem CT

**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

Klinische Angaben

Fragestellung

PSA:

antiandrogene Therapie:  Diabetes mellitus  Ja  Nein

SD-Überfunktion  Ja  Nein Kontrastmittelallergie  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"/>
Voruntersuchungen PET:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wann/Wo?	<input type="text"/>
Voruntersuchungen CT:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wann/Wo?	<input type="text"/>

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

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

Mineralwasser und ungesüßter Tee sind erlaubt.

**Dem 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