

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

Bitte dieses Formular ausfüllen und mit Untersuchungsunterlagen zurückfaxen !

- Onkologie 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



Kardiologie (bitte Katheterbefund mit faxen)



Neurologie

Patienten-Name:

Anschrift:

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

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

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

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? _____

Voruntersuch. PET/Szintigrafie: ja nein Wann/ Wo? _____

Voruntersuchungen CT/MRT: ja nein Wann/ Wo? _____

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

Patientenvorbereitung für onkologische und neurologische PET Untersuchungen


Der/die Pat. muss mindestens 6 Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein. Wasser und ungesüßter Tee sind erlaubt.

Patientenvorbereitung für kardiologische Untersuchungen

Vitalität: Nicht nüchtern, kann vorher frühstücken.

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