

## 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: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

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

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