

Anforderung PET/CT

Patientendaten (Name, Vorname, Geb.Datum) Kasse: <input type="checkbox"/> Privatpatient	Datum: Tel. Patient (für Rückfragen):
Diagnose bzw. klin. Angaben: Fragestellung:	

Blutmarker:

OP: Ja Nein Wann:
Chemotherapie: Ja Nein bis:
Strahlentherapie: Ja Nein bis:
sonstige Erkrankungen: Allergien:

Schwangerschaft: Ja Nein
Diabetes: Ja Nein Nüchtern-BZ: mg/dl
Falls „Ja“, Metformineinnahme? Ja Nein

Größe: cm Gewicht: kg
Kreatinin: mg/dl **TSH:** µU/ml
(Kreatinin nicht älter als 3 Monate, TSH max. 6 Monate)

Diagnostisches CT gewünscht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

(für die reine PET wird in der Regel eine low-dose-CT angefertigt)

Falls „Ja“, Scanbereich: Schädel Hals Thorax
 Oberbauch Gesamtabdomen Andere: _____

Terminwunsch (falls möglich): _____

Patient geschäftsfähig? Ja Nein
 gehfähig sitzend bettlägerig

Anmerkungen:

Tel. für Rückfragen / Terminbestätigung:

Zuweiser: Praxis / zuständiger Arzt

Faxnummer zur Befundübermittlung:

Direkte Durchwahl für ärztliche Rückfragen

*Arztbriefe und Befunde zu Voruntersuchungen bitte in Kopie mitgeben!
Unabhängig von der gewünschten Untersuchung wird die Indikation zur
diagnostischen CT einschließlich des erforderlichen
Untersuchungsumfangs individuell geprüft.*

oder manuell senden an: nuklearmedizin.kn@glkn.de