

Anmeldung PET/CT-Diagnostik

Patient
Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Wohnort:
Telefon:
Angabe der Krankenkasse:
Durchführung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär

Anmeldung per FAX: 0340 501-4812	Telefonnummer: 0340 501-4834
<input type="checkbox"/> ONKO-PET/CT (F18 FDG)	<input type="checkbox"/> Entzündungs-PET/CT (F18 FDG)
<input type="checkbox"/> Prostata-PET/CT (F18 FEC)	

Überweisender Arzt (bitte Tel.-Nr. f. Rückfragen angeben)	Unterschrift

Diagnose / Verlauf:
Fragestellung:
Konsequenz:

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kreatinin-Wert:	vom:
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	TSH-Wert:	vom:
Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	S100-Wert:	vom:

Wichtig – bitte beachten!

- 12 Stunden Nahrungskarenz, ausreichende Flüssigkeitszufuhr (nur ungesüßte Getränke, keinen Kaugummi).

Terminwunsch:

Bitte auf Faxantwort mit Bemerkung der Nuklearmedizin achten!