

## Anmeldung PET/CT-Diagnostik

Patient	Anmelder (Stempel / Unterschrift)
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Wohnort:	
Telefon:	
Krankenkasse:	

<b>Anmeldung per FAX: 0340 501-4812      Telefonnummer: 0340 501-4834</b>		
<input type="checkbox"/> ONKO-PET/CT (F-18 FDG)	<input type="checkbox"/> Entzündungs-PET/CT (F-18 FDG)	<input type="checkbox"/> Nebenschilddrüsen-PET/CT (F-18 Cholin)
<input type="checkbox"/> Prostata-PET/CT (Ga-68 PSMA)	<input type="checkbox"/> Somatostatin-PET/CT (Ga-68 DOTA)	<input type="checkbox"/> ...

<b>Diagnose (bitte Arztbrief / Epikrise zum Verlauf beifügen):</b>
<b>Fragestellung:</b>
<b>Konsequenz:</b>

Kontrastmittelallergie <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Kreatinin:		vom:
Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	TSH:		vom:
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Medikamente:	Tumormarker: (PSA / S100 / CA19-9 / CEA / Chromogranin A / CA 15-3 / ...)		vom:
Körpergewicht (kg):			

**Wichtig – F-18 FDG: bitte beachten!**

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

**Terminwunsch:** .....

<b>Bitte auf Faxantwort mit Bemerkung der Nuklearmedizin achten!</b>