

Klinik für Nuklearmedizin und Institut für Radiologie, UKD

Anmeldeformular PET bzw. PET/CT-Untersuchung

PET/CT: Tel.: 0211/81-16318; FAX: 0211/81-17050

Geburtsdatum:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Kostenträger:

→ Patientenaufkleber

Bitte unbedingt beachten!

→ Terminvergabe erfolgt nur, wenn das Anmeldeformular komplett ausgefüllt vorliegt

→ Ort: MNR-Klinik, Nuklearmedizinische Ambulanz, Erdgeschoss

Wunschtermin und Alternative:

Tel.-Nr.: unter der der Pat. erreichbar ist: _____

Gewünschte Untersuchung:

PET

PET/CT

Diagnose und Fragestellung

Relevante Befunde/Arztbriefe bitte zusätzlich faxen.

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

Infektiös: ja nein

Nierenerkrankungen: ja nein

SD-Überfunktion: ja nein

Diabetes mellitus: ja nein

Insulin: ja nein

Orale Antidiabetika: ja nein

KM-Allergie: ja nein

aktueller Creatininwert _____ mg/dl, Datum: _____

aktueller TSH-Wert _____ µIU/l, Datum: _____

Bei CT-Kontrastmittelgabe und Kreatininwerterhöhung

Metforminpräparate 48h vor und nach der Untersuchung absetzen

Chemo-Tx: wenn ja, wann zuletzt? _____
Abschluss, wann? _____

Schwangerschaft/Stillzeit: ja nein

Radio-Tx: wenn ja, wann zuletzt? _____
Abschluss, wann? _____

Zuweiser (Name in Druckschrift): _____

Telefon-Nr.: _____

Anschrift: _____

Funk-Nr.: _____

Datum und Unterschrift des anfordernden Arztes: _____

Fax-Nr.: _____

Bei FDG-PET/CT: Pat. muss nüchtern sein; bei Diabetes BZ unter 150 mg/dl einstellen

Nur vom PET-CT-Zentrum ausfüllen:

Rechtfertigende Indikation Nuklearmedizin:

Datum: Facharzt:

Nuklid: $[^{18}\text{F}]$ -FDG

andere^x

Scanbereich:

Hirn:

Stamm:

Ganzkörper:

Andere:

Rechtfertigende Indikation Radiologie:

Datum: Facharzt:

KM: ja nein

Diagn. CT ja nein

Abr.-Modus

st. GKV

st. PKV

SAKU

SZ

amb. GKV

amb. PKV

EEF

ext. Konsil

^xDie Untersuchungen werden ggf. in Jülich durchgeführt.

→ Bis 11:00 Uhr am Vortag muss der PET/CT-Termin bitte **persönlich** unter der Tel.-Nr.: 0211/81-16318 bestätigt werden.