

Patient

Nachname:

Vorname:

Versicherung:

G.-Datum:

Telefon:



Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. M. Schreckenberger

Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Direktor: Prof. Dr. med. C. Düber

Tel.: 06131-17-6051 FAX: 06131-17-6475

Überweisender Arzt:

Telefon bei Rückfragen:

Anmeldung PET und PET-CT

PET

(oder PET-CT mit Low-dose-CT)

Low-dose-CT ersetzt **kein** diagnostisches CT, sondern wird nur zur Schwächungskorrektur und anatomischen Korrelation verwendet

PET-CT mit diagnostischem CT

Untersuchungsbereich diagnostisches CT
(gewünschte Region bitte ankreuzen)

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Oberbauch |
| <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Unterbauch |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-FDG-PET | <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-FET |
| <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-Cholin | <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-FP |
| <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-Dopa | <input type="checkbox"/> ⁶⁸ Ga-Dotatoc |

Indikation RAD geprüft:

Unterschrift: _____

Indikation NUK geprüft:

Unterschrift: _____

Diagnose und Fragestellung:

Vorher CT/MR: ja, wann/wo _____

Vorher PET: ja, wann/wo _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Nüchtern-BZ: _____ mg/dl vom:

Diabetes mellitus: ja nein

Kreatinin: _____ mg/dl vom:

- Metformin

- Insulin

Schilddrüsenüberfunktion: ja nein

TSH: _____ mU/l vom:

KM-Unverträglichkeit: ja nein