

**Patient**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**JG|U UNIVERSITÄTSmedizin.**  
 PET-CT-Zentrum Mainz MAINZ

**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

Zuweiser: \_\_\_\_\_  
 (falls extern, bitte mit Adresse)

Telefon: \_\_\_\_\_

## Anmeldung PET-CT

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

**PET-CT mit diagnostischem 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"/> <sup>18</sup> F-FDG-PET	<input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-FET
<input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-Dopa	<input type="checkbox"/> <sup>68</sup> Ga-Dotatoc
<input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-Florbetaben	<input type="checkbox"/> <sup>68</sup> Ga-PSMA

**Indikation RAD geprüft:**

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Indikation NUK geprüft:**

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Diagnose und Fragestellung:**

Dolmetscher erforderlich  Ja  nein

Pat. hat gesetzlichen Betreuer  Ja  nein

Vorher CT/MR:  ja, wann/wo \_\_\_\_\_

Vorher PET:  ja, wann/wo \_\_\_\_\_

<b>Größe:</b> _____ cm	<b>Gewicht:</b> _____ kg
<b>Diabetes mellitus:</b> <input type="checkbox"/> ja - Metformin / Insulin <input type="checkbox"/> nein	<b>Nüchtern-BZ:</b> _____ mg/dl vom:
<b>Sandostatin:</b> <input type="checkbox"/> ja - Wann zuletzt: <input type="checkbox"/> nein	
<b>Schilddrüsenüberfunktion:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>TSH:</b> _____ mU/l vom:
<b>KM-Unverträglichkeit:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Kreatinin:</b> _____ mg/dl vom: