Patient (Name+Geb.Datum+Adresse):

Telefonnummer des Patienten: _____
Faxnummer des Patienten: _____

Universitätsklinikum Tübingen

PET / CT – Zentrum
Abt. für Nuklearmedizin und Abt. für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Otfried-Müller-Str. 14 • 72076 Tübingen
Tel: **07071 / 29 - 83424**
Fax: **07071 / 29 - 4501**

Einsender:

Anforderung einer PET / CT Untersuchung

Bitte beachten:

- ***NÜCHTERNHEIT BEI BESTIMMTEN UNTERSUCHUNGEN (FDG)***
- ***AUSREICHENDE HYDRIERUNG (UNGESÜSSTER TEE, WASSER)***
- ***AKTUELLE CT/MRT-BILDER (CD) + BEFUND VORLEGEN!***

Studienpatient ☐ ja, **Name der Studie:**_____ ☐ nein

Diagnose und Fragestellung, ggf. Histologie (siehe Indikationsliste):

NET: Angabe Ki67
Prostata-Ca: Angabe der letzten 3 PSA-Werte

Operation	☐ ja, wann/Lokalisation	_____	☐ nein
Chemo- / Hormontherapie	☐ ja	_____	☐ nein
+Sandostatin (bei NET)	Tag der letzten Gabe: _____	Nächste Gabe geplant am:	_____
Radiatio	☐ ja, wann beendet	_____	☐ nein
Voruntersuchungen	☐ ja, Modalität/wann/wo	_____	☐ nein

Patient ist **zum Untersuchungzeitpunkt**

Der Name der gesetzlichen und privaten Krankenkassen ist ausnahmslos erforderlich!

☐ **ambulant** **Kasse:** _____
- ☐ privat
- ☐ GKV: ***Überweisungsschein erforderlich!***
- ☐ Selbstzahler/IGEL

☐ **stationär** **Kasse:** _____
- ☐ privat
- ☐ GKV
- ☐ Selbstzahler

Größe/Gewicht _____ cm / _____ kg

Aktueller Kreatinin-Wert _____ **mg/dl (Normbereich: _____)**

Blutwerte nicht älter als 2-3 Wochen!
TSH basal ____mU/l(Normbereich___)

SD-Überfunktion	☐ **ja (bitte SD-Blockade!)**	☐ **nein**
Schwangerschaft	☐ ja	☐ nein
Diabetes mellitus	☐ ja ☐ Typ 1 ☐ Typ 2	☐ nein **BZ nüchtern: mg/dl**
	CAVE**: **Metformin**-Präparate **am** Tag der Untersuchung bitte **absetzen	***Medikation:***
Leidet der Pat. an Klaustrophobie?	☐ ja ☐ Beruhigungstablette ausreichend ☐ Kurznarkose notwendig	☐ nein
KM-Allergie	☐ ja	☐ nein

Wunschtermin + eventuelle Alternative

Name, Telefon, Funk und Fax des Überweisers **Datum, Unterschrift**

Nur vom PET / CT-Zentrum auszufüllen, bitte **nicht** beschriften

Indikationsstellung Radiologie:	Indikationsstellung Nuklearmedizin:
	Tracer: Radioaktivität:_____MBq
Datum: Arzt:	Datum: Arzt:

Termin: Datum_____ Uhrzeit_____