

Patient (Name + Geb.Datum + Adresse): _____

Telefonnummer des Patienten: _____



**Universitätsklinikum
Tübingen**

PET – Zentrum

Department Radiologie

Otfried-Müller-Str. 14 • 72076 Tübingen

Tel: 07071 / 29 - 83424

Fax: 07071 / 29 - 4501

Einsender: _____

Anforderung für eine PET - 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 MTB-Patient ja nein

Diagnose und Fragestellung, ggf. Histologie:

NET: Angabe Ki67

Prostata-Ca: Angabe der letzten 3 PSA-Werte

PET/MR unbedingt notwendig? Ganzkörper Teilkörper-Indikation: _____

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

Unbedingt mitbringen!

ambulant stationär: Telefon _____

Name der Krankenkasse: _____ GKV: **Überweisung erforderlich!** privat

Selbstzahler/IGEL

Größe/Gewicht _____ cm / _____ kg Blutwerte nicht älter als 2-3 Wochen! TSH basal ____ mU/l

Aktueller Kreatinin-Wert _____ mg/dl

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

Leidet der/die Pat. an ja nein

Klaustrophobie? Beruhigungstablette ausreichend? nein

Kurznarkose unbedingt notwendig?

KM-Allergie ja nein

Metallimplantate ja bitte Prothesen/Implantatpass mitbringen nein

Herzschrittmacher/Defibrillator ja MR-tauglich? ja nein

Künstliche Herzklappe ja MR-tauglich? ja nein

Neurostimulator ja MR-tauglich? ja nein

Wunschtermin + eventuelle Alternative _____

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

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

Indikationsstellung Radiologie:	Indikationsstellung Nuklearmedizin:
Datum: _____ Arzt: _____	Tracer: _____ Radioaktivität: _____ MBq
	Datum: _____ Arzt: _____

Termin: _____ Datum _____ Uhrzeit _____