

Patient (Name + Adresse):



Universitätsklinikum
Tübingen

PET/CT – Zentrum

Abt. für Nuklearmedizin und Abt. für Diagnostische
und Interventionelle Radiologie

Hoppe-Seyler-Str. 3 · 72076 Tübingen

Tel: 07071 / 29 - 83424

Fax: 07071 / 29 - 4501

Telefonnummer des Patienten: _____

Faxnummer des Patienten: _____

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!**

Bitte Formblatt „Vor PET/CT“ mitfaxen!

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: **Verordnung von
Krankenhausbehandlung
erforderlich!**
 Selbstzahler/IGEL

stationär Kasse: _____
 privat
 GKV
 Selbstzahler

Größe/Gewicht _____ cm / _____ kg

Blutwerte nicht älter als 2-3 Wochen!

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

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****

Leidet der Pat. an ja nein

Klaustrophobie? Beruhigungstablette ausreichend

Kurznarkose notwendig

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:

Datum: _____ Arzt: _____

Tracer: _____ Radioaktivität: _____ MBq

Datum: _____ Arzt: _____

Termin: _____ Datum _____ Uhrzeit _____