

Patient (Name+Adresse): \_\_\_\_\_

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

Untersuchungszeitpunkt

 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

**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 \_\_\_\_\_