



Universitätsklinikum
Tübingen

MR / PET – Zentrum

Abt. für Nuklearmedizin und Abt. für
Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Otfried-Müller-Str.12 • 72076 Tübingen

Tel: 07071 / 29 - 80544
Fax: 07071 / 29 - 4928

Patient: _____

Telefonnummer des Patienten: _____

Faxnummer des Patienten: _____

Einsender: _____

Anforderung einer MR / 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

Diagnose und Fragestellung, ggf. Histologie: _____

Operation ja, wann/Lokalisation _____ nein
 Chemo- / Hormontherapie ja _____ nein
 Tag der letzten Gabe: _____ Nächste Gabe geplant am: _____
 Radiatio ja, wann beendet _____ nein
 Voruntersuchungen ja, Modalität/wann/wo _____ nein

Patient ist zum Untersuchungszeitpunkt ambulant Kasse: _____ stationär Kasse: _____
 privat privat
 GKV: **Verordnung von Krankenhausbehandlung erforderlich!** GKV
Der Name der gesetzlichen und privaten Krankenkassen ist ausnahmslos erforderlich! Selbstzahler/IGEL Selbstzahler

Aktueller Kreatinin-Wert _____ mg/dl (Normbereich: _____)
 GFR-MDRD _____ ml/min/ (Normbereich: _____) Größe/Gewicht _____ cm / _____ kg

Diabetes mellitus ja Typ 1 Typ 2 nein
 Schwangerschaft ja nein
 Metallimplantate/Metalteile im Körper ja bitte Prothesen-Implantatpass mitbringen nein
 Herzschrittmacher/Defibrillator ja MR-tauglich ja nein
 Künstliche Herzklappe ja nein
 OP am Herzen oder am Kopf ja nein
 Neurostimulator ja nein
 Allergien/Überempfindlichkeiten ja nein
 Leidet der Pat. an Klaustrophobie? ja nein
 Beruhigungstablette ausreichend
 Narkose notwendig

Wunschtermin + eventuelle Alternative _____

Name, Telefon, Funk und Fax des Überweisers _____

Datum, Unterschrift _____

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

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

