

Formular Titel: VO Anforderung PET-CT FDG Allgemein	Version: 9.1
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

PET-CT Anforderung F18 FDG

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____ m w

Tel. Patient: _____

Adresse: _____

Versicherung: SGKK BVA Sonstige: _____

ZUWEISER: _____

Ab 1.12.2018
Terminvereinbarung + Befundauskunft
05 7255-26669
Fax 05 7255-26698

Raum für
Pat. Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose	
Fragestellung:	
Angaben zum Patienten	Platzangst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Diabetiker <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Metformin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kontrastmittelallergie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein laufende Therapie <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Radiotherapie <input type="checkbox"/> Antibiotika Kreatinin:..... vom TSH:..... vom..... Gewicht: kg Letzte CT-Untersuchung: Institut:.....
	Bitte kommen Sie NÜCHTERN (mind. 6 h) zum PET-CT – Nuklearmedizin. Datum der PET-Untersuchung: Uhrzeit:
Zu Beachten	1) Wasser oder ungesüßter Tee nach Belieben 2) Sämtliche relevanten klinikexterne Befunde bitte mitbringen 3) Planen Sie ca. 2-3 Stunden für die Untersuchung ein.
Sonstiges	Schwangerschaft: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Mobilität: gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>
Zuw. Arzt / Unterschrift	Telefon: _____ Fax: _____