



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

PET-CT Anforderung F18 CHOLIN

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____ m w

Tel. Patient: _____

Adresse: _____

Versicherung: SGKK BVA Sonstige: _____

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

Raum für
Pat. Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose	
Fragestellung:	
Angaben zum Patienten	radikale Prostatektomie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Radiotherapie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Androgenblockade <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein PSA: vom Gewicht:..... Letzte MR/CT-Untersuchung: Institut:..... Platzangst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Bitte kommen Sie NÜCHTERN (mind. 6 h) zum PET-CT – Nuklearmedizin. Datum der PET-Untersuchung: Uhrzeit:
Zu Beachten	1) Wasser oder ungesüßter Tee SOLL getrunken werden 2) Relevante EXTERNE Befunde BITTE mitbringen 3) Planen Sie ca. 2-3 Stunden für die Untersuchung ein.
Sonstiges	Mobilität: gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>
Zuw. Arzt /Ärztin Unterschrift	Telefon: _____ Fax: _____