



Formular Titel: 3_VO Anforderung PET-CT Gehirn	Version: 9.1
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

PET-CT Gehirn **F-18 FDG**
 F-18 FET

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

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____ m w

Tel. Patient: _____

Adresse: _____

Versicherung: **SGKK** **BVA** **Sonstige:** _____

Raum für
Pat. Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose			
Fragestellung:	<p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropsychologische Befunde: • laufende Therapie: • relevante Befunde der MRT/CT-Bildgebung: 		
Angaben zum Patienten	PatientIn in Begleitung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gewicht: kg Sedierung erforderlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Platzangst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein DiabetikerIn <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum der PET-Untersuchung:Uhrzeit:		
Zu beachten	1) Mindestens 6 Stunden Nahrungskarenz 2) Wasser oder ungesüßter Tee können getrunken werden 3) Planen Sie ca. 2 Stunden für die Untersuchung ein. 4) Alle relevanten extern erhobenen Befunde BITTE mitbringen		
Sonstiges	Schwangerschaft: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mobilität: gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
Name des zuweisenden Arztes / Ärztin	Telefon:	Fax:	
Unterschrift			