



Formular Titel: 4_VO PET-CT F-DOPA	Version: 9.1
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

PET-CT mit F18-DOPA

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	<input type="checkbox"/> Neuroendokriner Tumo <input type="checkbox"/> GEPNET <input type="checkbox"/> andere Lokalisation <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KI-67 (%):..... <input type="checkbox"/> Phäochromozytom/Paragangliom <input type="checkbox"/> medulläres Schilddrüsenkarzinom <input type="checkbox"/> andere:.....		
Fragestellung:	<input type="checkbox"/> Tumorverdacht/-lokalisierung <input type="checkbox"/> Staging <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle/Nachsorge		
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 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.		
Zuw. Arzt / Unterschrift	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Telefon:</td> <td style="width: 50%;">Fax:</td> </tr> </table>	Telefon:	Fax:
Telefon:	Fax:		