



Formular Titel: 5_VO Anforderung PET-CT Fluorid	Version: 9.1
Inhaltliche Verantwortung: Barth	Gültig ab: 03.12.2018

PET-CT F18 Fluorid (Knochen PET)

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	Gewicht:..... kg Letzte Bildgebung (Rö/CT/MRT):..... 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	Schwangerschaft: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mobilität: gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
Zuweiser - Arzt / Unterschrift	Telefon:		Fax: