



Formular Titel: Formular Anforderung PET-CT F18-Cholin NSD	Version: 8.1
Inhaltliche Verantwortung: Lukas Hehenwarter	Gültig ab: 31.07.2024

PET-CT Anforderung Nebenschilddrüse

Formular bitte **vollständig und leserlich** ausfüllen!

Terminvereinbarung & Befundauskunft

Telefon: +43 (0) 5 7255-26666, Warteschleife 2

Mo-Do 07:30-12:30, Fr 07:30-12:00

Email: pet-office@salk.at

Fax: +43 (0) 5 7255-26698

PatientInnen-Etikett falls vorhanden.

PatientInnen-daten

Nachname: _____

Vorname(n): _____

Geb. Datum: _____ ♂ ♀

SVNr.: _____ (10 Stellen)

Versicherung: ÖGK BVAEB SVS andere: _____

Telefon: _____

Email: _____

Anschrift: _____

Informationen zur Untersuchungsplanung

Zuweisungsdiagnose: _____

Fragestellung: _____

Indikation: Primärer Hyperparathyreodismus
 Therapiekontrolle Verlaufskontrolle

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Platzangst: nein ja

Kontrastmittelallergie: nein ja

Datum letzte DXA: _____ Institut: _____

Datum letzte PET-CT: _____ Institut: _____ mit KM: nein ja

Datum letzte CT: _____ Institut: _____ mit KM: nein ja

Durchführung der PET-CT mit CT-Kontrastmittel (KM) gewünscht: nein ja

PTH: _____ ng/dl Ca: _____ mmol/l eGFR: _____ ml/min/KO Datum Labor: _____

Zuweisern

ZuweisendeR ÄrztIn: _____

Tel. (inkl. Vorwahl): _____

Adresse: _____

Stempel / digitale Signatur Zuweisern

Hiermit bestätige ich als zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt, dass zuvor genannter PatientIn über diese PET-CT Untersuchung aufgeklärt wurde und dieses Formular, nach bestem Wissen, vollständig und lesbar ausgefüllt ist.

Ort, Datum

Unterschrift