



<b>Formular</b> Titel: PET-CT Anforderung F18-Cholin NSD	Version: 8.2
Inhaltliche Verantwortung: Lukas Hehenwarter	Gültig ab: 17.02.2025

### 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  
**DAME:** SJSSBGNU

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