



Formular Titel: PET-CT Anforderung F18-Dopa	Version: 10.2
Inhaltliche Verantwortung: Lukas Hehenwarter	Gültig ab: 17.02.2025

PET-CT Anforderung F18 DOPA

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: Staging Re-Staging Therapiekontrolle Verlaufskontrolle Tumorverdacht/lokalisierung
Phäochromozytom/Paragangliom medulläres Schilddrüsen Karzinom andere: _____
Neuroendokriner Tumor:
GEPNET G1 G2 G3 KI-67(%): _____ andere Lokalisation: _____
 Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm
 Platzangst: nein ja
 Diabetes: nein ja Metforminhaltige Medikamente: nein ja
 Laufende Therapie: Chemotherapie Radiotherapie Hormontherapie Antibiotikatherapie
 Datum letzte PET-CT: _____ Institut: _____ mit KM: nein ja
 Datum letzte CT: _____ Institut: _____ mit KM: nein ja
 Datum letzte MR: _____ Institut: _____ mit KM: nein ja

ZuweiserIn

ZuweisendeR ÄrztIn: _____
 Tel. (inkl. Vorwahl): _____
 Adresse: _____

Stempel / digitale Signatur ZuweiserIn

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