



Formular Titel: PET-CT Anforderung Ga68-PSMA	Version: 2.2
Inhaltliche Verantwortung: Lukas Hehenwarter	Gültig ab: 17.02.2025

PET-CT Anforderung Ga68 PSMA

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

Patient:innen daten

Nachname: _____

Vorname(n): _____

Geb. Datum: _____ ♂ ♀

SVNr.: _____ (10 Stellen)

Versicherung: ÖGK BVAEB SVS andere: _____

Telefon: _____

Email: _____

Anschrift: _____

Patient:innen-Etikett falls vorhanden.

Infos zur Untersuchungsplanung

Zuweisungsdiagnose: _____

Fragestellung: _____

Indikation: Staging Re-Staging Therapiekontrolle Verlaufskontrolle

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Platzangst: nein ja

Primäre Therapie: Radikale Prostatektomie Radiotherapie

Laufende Therapie: Chemotherapie Radiotherapie Hormontherapie Antibiotikatherapie

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

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

Aktuellen PSA-Befund bitte **zwingend** mitübermitteln! PSA: _____ ng/ml Datum Labor: _____

Zuweiser:in

Zuweisende:r Ärzt:in: _____

Tel. (inkl. Vorwahl): _____

Adresse: _____

Stempel / digitale Signatur Zuweiser:in

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

Ort, Datum

Unterschrift