



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

PET-CT Anforderung Gehirn

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-daten

Nachname: _____
 Vorname(n): _____
 Geb. Datum: _____ ♂ ♀
 SVNr.: _____ (10 Stellen)
 Versicherung: ÖGK BVAEB SVS andere: _____
 Telefon: _____
 Email: _____
 Anschrift: _____

PatientInnen-Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose: _____

Fragestellung: _____

Informationen zur Untersuchungsplanung

Indikation: Staging Re-Staging Therapiekontrolle Verlaufskontrolle Neurodegen. Erkrankung
 Radiopharmakon: F18 FDG F18 FET Ga68 DOTATOC F18 Amyloid
 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

ZuweisertIn

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

Stempel / digitale Signatur ZuweisertIn

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