



<b>Formular</b> 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