

Anforderung PET

gewünschte Untersuchung (Terminvergabe nur bei vollständiger Anmeldung!)

¹⁸F-FDG (Herz, GK, Hirn)
 ⁶⁸Ga-PSMA
 ⁶⁸Ga-DOXA

Patient (Name, Vorname) evtl. Pat.-Aufkleber		Krankenkasse: AOK-Plus <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/>	
		Überweiser (Station)/ Telefon:	
ambulant <input type="checkbox"/> ASV <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> wiss. Fall <input type="checkbox"/>	FAX-Nr. (für Befundübermittlung):		
Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg		
Kontrastmittel-Allergie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schwangerschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Diabetiker insulinpflichtig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Diabetiker orale Antidiabetika <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (nur bei metforminhaltigen Medikamenten)		
Kreatininwert (Norm < 100 µmol/l) _____ µmol/l Datum: _____	GFR: _____ ml/min Datum: _____		
PSA-Wert _____ ng/ml Datum: _____	TSH-Wert (Norm: 0,2 – 5 mU/l) _____ mU/l Datum: _____		
Anamnese und klinische Befunde		TNM-Klassifikation T N M	
Tumor: histologisch gesichert: <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> nein		Plattenepithelkarzinom <input type="checkbox"/> Adenokarzinom <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Verdachtsdiagnose und Fragestellung			
Vorbefunde (MRT, CT, PET, Szintigraphie, Sonographie) mit Untersuchungsdatum im MagicWeb/ JiveX <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Bitte Vorbefunde und eventuell vorhandene Bilder mitgeben			
Aktuelle Medikation			
Besonderheiten (Metall, Herzschrittmacher, Implantate)			

Wunschtermin: _____

vereinbarter Termin: _____

Datum

Stempel/ Unterschrift