

## Anmeldung PET/CT

Name Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon Patient: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Name des Anmeldenden: \_\_\_\_\_

Telefon des Anmeldenden: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Diagnose und Fragestellung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bitte unbedingt ausfüllen! Ohne vollständige Angaben ist leider keine Untersuchung möglich!**

Größe: _____ cm	OP:	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, (Region, Wann)? _____
Gewicht: _____ kg	Radiatio/Chemo:	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, (Region, Wann)? _____
	Hormontherapie:	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, (Wann)? _____
Diabetiker? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> NIDDM <input type="checkbox"/> IDDM nüchtern, volle Dosis orale Antidiabetika am Morgen der PET/CT Metformin nicht absetzen, ggf. Rücksprache unter Tel.: 036458 52102 am Vorabend proteinreich, kohlenhydratarm essen, am Morgen der PET/CT 6:30 Uhr: volle Insulindosis und halbes Brötchen m. Butter essen (Insulin mitbringen)		
<b>Diagnostische Kontrastmittel-CT:</b> <input type="checkbox"/> Nein, wenn aktuelles, aussagekräftiges Kontrastmittel-CT interessierender Körperregionen vorliegt, dann genügt eine CT-basierte Niedrig-Dosis-Schwächungskorrektur. → Voruntersuchungen im PACS der Zentralklinik Bad Berka verfügbar ? <input type="checkbox"/> CT, Region, Datum _____ / <input type="checkbox"/> MRT, Region, Datum _____  <input type="checkbox"/> Ja, wenn <b>kein</b> aktuelles, aussagekräftiges CT vorliegt TSH (nicht älter als 4 Wochen): _____ Kreatinin (nicht älter als 4 Wochen): _____ bekannte KM-Allergie <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein andere Allergien <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		
<b>Sämtliche Befunde (Histologie, OP-Bericht, Arztbriefe, Tumormarker etc.) müssen vor der Untersuchung vorliegen, CT/MR-Bilder sollen vom Patienten mitgebracht werden!</b>		

Wunschtermin: \_\_\_\_\_

Vereinbarter Termin: \_\_\_\_\_

**Wird von der Nuklearmedizin ausgefüllt!**

<b>Ganzkörper-PET:</b> <input type="checkbox"/> FDG (Glucose) <input type="checkbox"/> PSMA (Prostata-spezifisches Membran-AG) <input type="checkbox"/> Somatostatinrezeptor-PET (Ga-DOTATOC) <input type="checkbox"/> Fluorid-PET (Skelett)	<b>Neuro-PET:</b> <input type="checkbox"/> FDG (Glucose) <input type="checkbox"/> FET (Tyrosin)	<b>Kardio-PET</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonstige</b> <input type="checkbox"/> Fokussuche <input type="checkbox"/> .....
<b>Abrechnungssstatus:</b> <input type="checkbox"/> amb. MVZ <input type="checkbox"/> vorstat. AOK <input type="checkbox"/> vorstat. KÜ <input type="checkbox"/> vorstat. WL	<input type="checkbox"/> amb. SZ <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Konsil	