

## PET/CT Anmeldung

Bitte nach dem Ausfüllen auf "SENDEN" drücken oder per Fax an die 06841/16-1724666 schicken

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>FDG Ganzkörper</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>Cholin</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>FDG Hirn</b>                          | <input type="checkbox"/> <b>Amyloid</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>PSMA</b> (konvent./ mit Zirkonium-89) | <input type="checkbox"/> <b>Sonstige</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>DOTATOC / JR 11/ LM3</b>              |  |
| <input type="checkbox"/> <b>FAPI</b>                              |  |

**Terminwunsch:**

### Patientendaten / Etikett:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/Ort:

Tel. (z. Terminvereinbarung)

- ambulant  stationär  post-/ prästationär

### Kostenübernahme-Status:

- GKV  
 Antrag gestellt am  
 Antrag genehmigt  
 PKV  
 Selbstzahler  
 Studie

### Indikation:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> (V.a.) Bronchialkarzinom  | <input type="checkbox"/> Tumorsuche / CUP | <input type="checkbox"/> Sarkoidose             |
| <input type="checkbox"/> Lymphom (NHL, M. Hodgkin) | <input type="checkbox"/> HNO-Tumor        | <input type="checkbox"/> Demenzabklärung        |
| <input type="checkbox"/> Entzündungssuche          | <input type="checkbox"/> Prostatakarzinom | <input type="checkbox"/> Hyperparathyreoidismus |
| <input type="checkbox"/> Andere:                   |   |   |

### Fragestellung und nähere Angaben:

**Kreatinin:** mg/dl

**Gewicht:** kg

**TSH:**

**PSA:**

ml U/l

ng/ml (bei PSMA-PET/CT)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                      | <input type="checkbox"/> Metformineinnahme (2 Tage zuvor absetzen) |
| <input type="checkbox"/> medikamentös eingestellt               |  |
| <input type="checkbox"/> insulinpflichtig                       |  |
| <input type="checkbox"/> Allergie auf jodhaltige Kontrastmittel | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz                        |
| <input type="checkbox"/> infektiöser Patient                    | Erreger:   |

**Anmeldender Arzt:**

**Tel.-Nr.: / Funk**

**Fax.:**

**Klinik:**

Stempel