



PET/CT Anforderung
bitte per Fax an: 02562 915-2155

Patient:
Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____
Geb. Dat.: _____ Tel: _____ Mobil: _____

Krankenversicherung:
 gesetzlich bei: _____
 privat Ort: _____
 selbstzahler

Angaben zum Patienten:
 Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm
 Diabetiker: nein ja \rightarrow Insulin Metformin
 TSH: _____ nicht älter als 4 Wochen BZ. nü: _____
 Kreatinin: _____ nicht älter als 4 Wochen Blutbild: bitte mitgeben
 KM Unverträglichkeit: ja nein
 Schilddrüsenüberfunktion: ja nein
 Niereninsuffizienz: ja nein
 Infektionen/Infekte: ja nein _____
 Aktuelle Schnittbildgebung vorhanden: nein ja (bitte CD mitgeben)
 Körperregion: _____
 Besonderheiten: _____

Gewünschte PET-Untersuchung:
 PSMA FDG

Grunderkrankung: _____
konkrete Fragestellung: _____
 Diagnosesicherung Staging Restaging

Bisherige Therapie:
 Operation: von _____ bis _____
 Chemotherapie: von _____ bis _____
 Bestrahlung: von _____ bis _____
 Antihormonelle Therapie: von _____ bis _____
 Antibiotische Therapie: von _____ bis _____
 _____ von _____ bis _____

Bitte weisen Sie den Patienten darauf hin, dass bei einigen Krankenkassen die Kostenübernahme für eine PET/CT im Vorfeld abgeklärt werden muss. Wir bitten daher um Zusendung der erforderlichen Patientenunterlagen.

Arztbrief mit Krankengeschichte, Histologie, Medikamentenliste, bisheriger Therapieverlauf, ggf. Tumorboardbeschluss.

Bitte senden Sie uns die o.g. Patientenunterlagen mit dieser Anforderung per Fax an **02562-915-2155**.

! Bitte mindestens 4 Stunden vor dem Untersuchungstermin nüchtern bleiben (Wasser ist erlaubt). Bei Kontrastmittel-CT bitte aktuelles Labor (TSH, Kreatinin) mitgeben und ggf. Metformin zwei Tage vor dem Untersuchungstermin absetzen. Voraufnahmen PET-CT sind mitzubringen!

Name, Anschrift der anfordernden Praxis: _____

