

## Anmeldung zur PET/CT

bitte faxen an: 0351 480-3198

### Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Krankenkasse:

### Zuweiserdaten

Name:

Telefonnummer:  
(Durchwahl)

Faxnummer:

Stempel

### Diagnose und Fragestellung:

letzte Chemo am:

letzte OP am:

- aktueller Arztbrief mit Krankheitsverlauf und Medikamentenplan liegt bei
- aktuelle Kontrastmittel-CT vorhanden
- wird vom Patienten mitgebracht
  - kann abgefordert werden bei folgender Einrichtung: \_\_\_\_\_
- aktuelle Kontrastmittel-CT erwünscht
- TSH .....  $\mu\text{U/ml}$  vom .....
- Kreatinin .....  $\mu\text{mol/l}$  vom .....
- keine Kontrastmittelallergie bekannt
- Diabetiker  nein
- nicht insulinpflichtig  nimmt Metformin
  - insulinpflichtig

ECOG-Status:

multiresistente Erreger:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Wunschtermin

zeitnah  am: .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anfordernder Arzt

\_\_\_\_\_  
Indikation nach RÖV bestätigt

\_\_\_\_\_  
Indikation nach StrlSchV bestätigt