



# Klinik und MVZ für Nuklearmedizin



## PET-CT (18F-FDG) Anmeldung 18F-FDG-PET/CT

Seite 1 von 3

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

Krankenkasse/ -versicherung: \_\_\_\_\_ Telefon Patient: \_\_\_\_\_

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

Überweiser: \_\_\_\_\_

Tel. Überweiser/Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_ Fax u./o. Mail: \_\_\_\_\_

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

**Folgende Angaben bitte so vollständig wie möglich machen:**

Größe: _____		Gewicht: _____	
Bereits operiert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, (Wann, Wo)? _____ _____ _____		
Bestrahlung/Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, (Wann, Wo)? _____ _____ _____		
Hormontherapie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, (Wann, Wo)? _____ _____ _____		
<b>Diabetiker:</b>			
<input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Insulin-abhängiger Diabetes: Am Vorabend eiweißreiche Ernährung (wenig Kohlenhydrate), am Untersuchungstag volle Insulindosis und ein kleines Brötchen mit Butter essen (Insulin bitte zur Unters. mitbringen!)  <input type="checkbox"/> Bei gut eingestellter Insulintherapie: nicht frühstücken und kein Insulin spritzen!		



	<b>Klinik und MVZ für Nuklearmedizin</b>	
<b>PET-CT (18F-FDG) Anmeldung 18F-FDG-PET/CT</b>		Seite 3 von 3

**Terminabsprache:**

Gibt es Zeiten, zu welchen der Patient im Anmeldezeitraum nicht verfügbar ist (Urlaub, anderweitige wichtige Verpflichtungen)?