



PET Tel : 0662-4482-58991

PET Fax: 0662-4482-3539

Bei ärztlichen Fragen : 0662-4482-57254

Anmeldung F-Fluorid – PET/CT

Name des Patienten:

Geb.Dat:..... **Telefon Patient:**.....

Adresse:.....

Zuweiser/Station:..... **Telefon/Fax Zuweiser:**.....

Diagnose:

.....

Fragestellung:

.....

TSH-Wert:..... **vom:**..... **KREA-Wert:** **vom:**.....

Größe:..... **Gewicht:**.....

Platzangst: ja nein **Diabetiker:** ja nein

Kontrastmittelallergie: ja nein

Letzte CT-Untersuchung: Datum:..... **Krankenhaus/Institut:**.....

ACHTUNG:

- 1) **Eine stationäre Aufnahme des Patienten ist unbedingt erforderlich!**
- 2) Mindestens 6 Stunden **Nahrungskarenz.**
- 3) **Stilles Mineralwasser** oder ungesüßter Tee **SOLL** getrunken werden
- 4) Sämtliche **HAUSEXTERN** angefertigte **Befunde** BITTE mitbringen

Stationärer Aufenthalt: von.....bis..... **Station:**.....

Datum der PET-Untersuchung: **Uhrzeit:**.....

.....
Verantwortlicher Arzt + Telefonnummer

Datum