

## INFORMATION NEURO - PET/CT

**Name des Patienten:**

**Geb. Dat.:**

Anschrift:.....

Telefon Patient: ..... Zuweiser/Station:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Zur Abklärung Ihrer Erkrankung ist eine PET/CT – Untersuchung erforderlich.  
Es handelt sich um eine aufwändige und teure Spezialuntersuchung, die stationär ggf.  
ambulant durchgeführt wird. Die Untersuchungssubstanz wird speziell für Sie hergestellt,  
angeliefert und hat eine kurze Lebensdauer, so dass es sehr wichtig ist, sich an die  
Vorbereitungs-Maßnahmen zu halten.

### INFORMATION ZUR VORBEREITUNG DER UNTERSUCHUNG:

1. Bitte halten Sie unbedingt **genau** die vereinbarte **Uhrzeit und den Termin** ein.
2. Bringen Sie bitte Ihren Überweisungsschein bzw. Zuweisung, sowie sämtliche außerhalb des Krankenhauses angefertigten Befunde mit!
3. Es ist erforderlich, dass Sie **6 Stunden vor der Untersuchung nüchtern bleiben**.  
Ungesüßter Tee oder stilles Mineralwasser kann getrunken werden.

**WICHTIGER HINWEIS: Eine eventuelle Absage der Untersuchung muss  
3 Tage vor dem vereinbarten Termin unter 0662-4482-58991 erfolgen.**

**Aufklärung erfolgt:**  ja  nein

Prim. Univ.-Prof. Dr. Christian Pirich

**Untersuchungsdatum:**

**Uhrzeit:**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen/Hinweise gelesen habe und erkläre mich damit einverstanden.**

.....  
Unterschrift Patient/in

.....  
Datum