



PET-CT Anforderung F18-Cholin

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____ m w

Tel. Patient: _____

Adresse: _____

Allgemeine Klasse Sonderklasse

ZUWEISER: _____

Terminvereinbarung	0662-4482-58991
oder	0662-4482-3538
Auskünfte am US-Tag	0662-4482-3512
Befundauskunft	0662-4482-3538
Fax	0662-4482-3539
Bei ärztlichen Fragen	0662-4482-57254

Raum für
Pat. Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose			
Fragestellung:			
Angaben zum Patienten	Platzangst: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Diabetiker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein PSA-Wert: vom Krea-Wert: vom TSH-Wert: vom Gewicht: Letzte CT-Untersuchung: Institut:		
	Stationäre Aufnahme ist für 1 Nacht erforderlich		
	RIBD (tel. 3940): von bis: Andere Station: von bis: Datum der PET-Untersuchung:		
Zu Beachten	1) Mindestens 12 Stunden Nahrungskarenz 2) Verlässliches Erscheinen des Patienten ist unbedingt erforderlich 3) Stilles Mineralwasser oder ungesüßter Tee SOLL getrunken werden 4) Sämtliche HAUSEXTERNEN Befunde BITTE mitbringen 5) Benötigte Medikamente bitte mitbringen		
Sonstiges	Schwangerschaft: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Mobilität: gehend <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/>	
Zuw. Arzt / Unterschrift	Telefon:		Fax: