



# PET-CT Anforderung Myokard mit F18 FDG

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_  m  w

Tel. Patient: \_\_\_\_\_

Adresse + Tel.: \_\_\_\_\_

ZUWEISER: \_\_\_\_\_

Allgemeine Klasse  Sonderklasse

Stationär: \_\_\_\_\_

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	KHK (Angiographiebefund):..... Infarkt:..... PTCA:..... ACBG: ..... LVF:..... .....	
Fragestellung:	Vitalität der ..... (Angabe der Myokardregion)	
Angaben zum Patienten	Platzangst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Diabetiker <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gewicht: ..... kg Letzte CT-Untersuchung: ..... Institut:.....	
	<b>Stationäre Aufnahme ist für 1 Nacht erforderlich</b>	
	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) Sämtliche HAUSEXTERNEN Befunde BITTE mitbringen 4) 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: