



PET-CT Anforderung

F18-Fluorid

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 Kontrastmittelallergie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 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: _____ |