



PET-CT Anforderung F18-FLT

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: _____