



PET-CT Anforderung NEUROLOGIE mit F18 FDG

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	0662-4482-57258

Familienname: _____
 Vorname: _____
 Geb.Datum: _____ m w
 Tel. Patient: _____
 Allgemeine Klasse Sonderklasse
 Ambulant Stationär: _____
 Tel. Angeh.: _____
 ZUWEISER: _____
 Adresse + Tel.: _____

Raum für
 Pat. Etikett falls vorhanden.

Zuweisungsdiagnose			
Fragestellung:	<p>.....</p> <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikation: • Neuropsychologische Testung: • Befunde der Bildgebung: 		
Angaben zum Patienten	Patient in Begleitung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sedierung erforderlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Platzangst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Diabetiker <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gewicht:kg	
Zu Beachten	1) Mindestens 6 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: