Anmeldeformular zum PET/CT

Klinik für Nuklearmedizin (Direktor: Prof. Dr. med. J. Ruf)
Fax 0721 974-4088

1. Anmeldung durch .....
2. Patient/in: ....., geb.: .....

3. Telefonnummer (Pat.): .....

4. Krankenkasse: ☐ privat versichert ☐ gesetzlich versichert, bei .....
☐ Vertrag zur Kostenregelung an Pat. ausgehändigt

5. Erkrankung:
Für die Untersuchung relevante Angaben zum Verlauf:
.....
.....
.....

6. Fragestellung: .....

7. Relevante Voruntersuchungen:
☐ CT.....
☐ MRT.....
☐ Tumorboardbeschluss mit Begründung für ein PET/CT.....
☐ Histologie.....
☐ Sonstiges .....

8. Relevante Begleiterkrankungen / Besonderheiten:
☐ Diabetes mellitus ☐ Niereninsuffizienz ☐ Kontrastmittelallergie
☐ Dolmetscher erforderlich ☐ Betreuung eingerichtet, Betreuer/in: .....

9. Laborparameter (bei Planung eines KM-gestützten CT):

TSH: ..... Kreatinin: ..... GFR: .....(höchstens 4 Wochen alt)

☐ **alternativ: zu den Punkten 4 – 8 sind aktuelle Unterlagen beigefügt**

Rückmeldung (Terminvergabe)

☐ Telefonnummer: .....

☐ offene medizinische Fragen, ich bitte um Rückruf von einem Facharzt für Nuklearmedizin

Datum: ..... Unterschrift: ..... Tel.-Nr.: .....

(Name in Druckschrift: .....)