

# Anmeldung zur PET- CT Untersuchung Onkologie

Fax: 089 – 4140 4896

Tel.: 089 – 4140 2945

Klinikum rechts der Isar • Anstalt des öffentlichen Rechts • Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik • Univ.-Prof. Dr. med. M. Schwaiger • Ismaninger Str. 22 • 81675 München



PET/CT (low dose CT zur Schwächungskorrektur; ersetzt kein diagnostisches CT)

PET/CT mit diagnostischem CT

Patientendaten/ Aufkleber

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten und das Formular ausgefüllt an uns zurück zu faxen. Bitte geben Sie der Patientin/ dem Patienten) zur PET/CT-Untersuchung vorhandene Vorbefunde wie z.B. CT, MRT, Knochenszintigramm, Laborwerte (TSH, Kreatinin), Histologie etc. mit

Terminwunsch .....

Körpergewicht ..... kg

Schwangerschaft?  ja  nein

Geschäftsfähig?  ja  nein

Klaustrophobie?  ja  nein

**Klinische Angaben:**.....  
.....  
.....

**Fragestellung:**.....

Diabetes mellitus  ja  nein Nüchtern- Blutzuckerwert (bei Diabetikern): .....

Kontrastmittelallergie  ja  nein

SD-Überfunktion  ja  nein **Aktueller TSH- Wert**.....

Metformin  ja  nein **Aktueller Kreatinin- Wert**.....

Medikamente ..... (Medikation 2 Tage vor der Untersuchung absetzen)

Operation:  ja  nein Wann?.....

letzte Chemotherapie  ja  nein Wann beendet?.....

letzte Strahlentherapie  ja  nein Wann beendet?.....

Voruntersuchung PET  ja  nein Wann/ Wo?.....

Voruntersuchung CT  ja  nein Wann/ Wo?.....

**Patientenvorbereitung:**  
**Der/die Pat. muss mind. 6 Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein. Mineralwasser und ungesüßter Tee sind erlaubt**

Am Untersuchungstag wird der/die Pat. gebeten, sich vor der Untersuchung im 2. Stock in der Anmeldung der Nuklearmedizin einzufinden.

Telefonnr. (Zuweiser) .....

Faxnr. (Zuweiser) .....

Telefonnr. (Patient) .....

Praxisstempel/ Unterschrift