

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