

Formblatt

**Anmeldung zur PET/CT-Untersuchung (Kardiologie)**
**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
 **Kardiologie** (bitte Katheterbefund mitfaxen)

Patienten-Name:

Geburtsdatum:

Station:

( Feld für Adressaufkleber )

 **stationär**
 **ambulant**

Terminwunsch: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

 Amb. privatversichert: ja  nein 

 Schwangerschaft: ja  nein 

 Ist der/die Pat. geschäftsfähig? ja  nein 

 Leidet der/die Pat. an  
Klaustrophobie? ja  nein 

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Asthma / COPD	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Nüchtern-Blutzuckerwert	_____	_____	
Diabetes mellitus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Metformin-Präparat	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(Medikation 2 Tage vor der Untersuchung absetzen)
Aktueller Kreatinin-Wert	_____	_____	
SD-Überfunktion	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Kontrastmittelallergie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Aktuelle Medikation:	_____		

Operation:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wann?	_____
Chemotherapie:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wann beendet?	_____
Strahlentherapie:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wann beendet?	_____
Voruntersuchung PET:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wann/Wo?	_____
Voruntersuchung CT:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wann/Wo?	_____

**Patientenvorbereitung für kardiologische Untersuchungen**

 Ruhe/Belastung: Nüchtern; 24h vor der Untersuchung kein Kaffee, Tee, Kakao, Schokolade, Coca-Cola, coffeinhaltige Getränke  
Mineralwasser ist erlaubt.

Vitalität: Nicht nüchtern, sollte vorher frühstücken

 Am Untersuchungstag wird der/die Pat. gebeten, sich vor der Untersuchung im 2. Stock in der Anmeldung der Nuklearmedizin einzufinden.  
Dem/der Pat. sind die aktuellen CT- und/oder MRT-Aufnahmen und Befunde bitte unbedingt mit zu geben.

Praxis / Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Patient / Patientin: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt ( Praxisstempel u. Unterschrift )

Überweisende Station: