

Formblatt

Anmeldung zur PET/CT-Untersuchung (Neurologie)

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


☐ Neurologie

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 neurologische PET-Untersuchungen

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. 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: