

## Anmeldung zur PET/CT

bitte faxen an: 0351 480-3198

### Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Krankenkasse:

Abrechnung:

### Zuweiserdaten

Name:

Station:

Telefonnummer:  
(Durchwahl)

Faxnummer:

Stempel

### Diagnose und Fragestellung:

letzte Chemo am:

letzte OP am:

- aktueller Arztbrief mit Krankheitsverlauf und Medikamentenplan liegt bei
- aktuelle Kontrastmittel-CT vorhanden  
wird vom Patienten mitgebracht  
kann abgefordert werden bei folgender Einrichtung: \_\_\_\_\_
- aktuelle Kontrastmittel-CT erwünscht

TSH .....  $\mu\text{U/ml}$  vom .....

Kreatinin .....  $\mu\text{mol/l}$  vom .....

- keine Kontrastmittelallergie bekannt

Diabetiker      nein      ja  
   nicht insulinpflichtig  
   insulinpflichtig

ECOG-Status:

multiresist. Erreger:    nein    ja:

Wunschtermin:

zeitnah      am .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anfordernder Facharzt

\_\_\_\_\_  
Indikation nach RÖV bestätigt

\_\_\_\_\_  
Indikation nach StrlSchV bestätigt