

Anmeldung PET/CT



Klinikum Stuttgart
Katharinenhospital

Klinik für Nuklearmedizin
Ärztl. Direktor: Prof.Dr.C.Rischpler

Tel.: 0711/278 - 34360

Fax: 0711/278 - 34369

Patient	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon, Fax	
eMail	
	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Zuweiser	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon, Fax	
eMail	

wird von uns ausgefüllt:

Anmeldedatum:	
Unters.-Datum:	
Unters.-Uhrzeit:	
Verantwortlich:	

Gewünschtes Untersuchungsdatum:

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Letzte Voruntersuchung CT: am nativ KM auswärts intern (KH)
 MR: am nativ KM auswärts intern (KH)

Zusätzl. diagnost. CT gewünscht (ggf. mit KM): nein Ja (Thorax, Abdomen, Sonst:.....)
 TSH,Krea vom: *bitte als Ausdruck mitgeben oder faxen*

Für FDG-PET: **Diab.mell.:** nein Ja: insulinpflichtig: orale Antidiabetika:

Wichtig:

- bei PET/CT mit FDG (Glukose), FEC (Cholin) und FET (Tyrosin) mind. 6 h nüchtern
- bitte Unterlagen über den bisherigen Krankheitsverlauf (letzter Arztbrief, Untersuchungsbefunde) zur Untersuchung mitgeben
- bitte **bei auswärtigen Voruntersuchungen (PET/CT/MRT) unbedingt Mitgabe der Bilddaten auf CD/DVD.**

.....
 Name und Tel. / Funk des anmeldenden Arztes (Druckbuchstaben)

.....
 Unterschrift Arzt