

Anmeldung PET/CT

Fax 0921 – 400886736

**Bitte ausfüllen und mit Vorbefunden an uns zurückfaxen.
 Nach Erhalt des ausgefüllten Bogens werden wir die Kostenübernahme bei
 der Krankenkasse beantragen und Kontakt mit dem Patienten aufnehmen.**

Anmeldung zum: Cholin-PET/CT

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Zusätzliches kontrastmittelverstärktes CT erwünscht? ja nein
 Wenn ja, bitte aktuellen (< 2 Wo) Kreatininwert (_____) und
 TSH-Wert (_____) angeben/bestimmen

Patienten-Name: _____
 Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____
 Telefon-Nr.: _____
 Name der Krankenkasse: _____

Körpergewicht: _____ kg
 Körpergröße: _____ cm

Schwangerschaft	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Metformin-Präparat	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(Med. 2 Tage vor Untersuchung absetzen)
Kontrastmittelallergie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

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? _____

**Der Patient muss mindestens 6 Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein.
 Mineralwasser und ungesüßter Tee sind erlaubt.**

**MedZentrum Klinikum
 Bayreuth GmbH
 MVZ für Dermatologie,
 Chirurgie, Nuklearmedizin**

Ärztliche Leitung: Dr. med. Ina Haendle

Nuklearmedizinische Klinik

Leiter: Prof. Dr. med. Stefan Förster

Preuschwitzer Straße 101
 95445 Bayreuth

Tel. 0921 – 4006734
 Fax 0921 – 400886736
 Email mvz.nuklearmedizin@klinikum-bayreuth.de

Sitz und Registergericht:
 Bayreuth HRB 3902

Geschäftsführer:
 Dietmar Pawlik
 Prof. Dr. Hans-Rudolf Raab

Aufsichtsratsvorsitzender:
 Oberbürgermeister Thomas Ebersberger

 Datum, Unterschrift des Zuweisers

 Stempel des Zuweisers