UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm	**Klinik für Nuklearmedizin**	Streng vertraulich

Anmeldung zur PET/CT-Untersuchung

Patientendaten / Aufkleber

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonisch erreichbar (von **08:00 – 16:00** Uhr):

Krankenkasse: ○ Privat ◉ Gesetzlich

Bitte senden Sie bereits vorhandene Vorbefunde, QR-Codes von zum Beispiel CT, MRT, Szintigraphien, Laborwerte (TSH, Kreatinin), histologische Befunde und Ähnliches als Anhang mit.

Termin:

Körpergewicht: kg Körpergröße: cm

„Platzangst"? ○ JA ◉ NEIN

Geschäftsfähig? ◉ JA ○ NEIN ⇒ dann ist die Angabe einer betreuenden Person mit entsprechender Vollmacht nötig.

Betreuer*in:

Schwangerschaft? ○ JA ◉ NEIN

☐ Überweisung	Aufenthaltsart:	☐ F-18-FDG	☐ Ga-68-HBED
☐ Konsil	◉ Ambulant	☐ F-18-PSMA	☐ Ga-68-DOTA
☐ Selbstzahler	○ Stationär	☐ C-11-MTH	☐
		☐ C-11-PIB	☐

Diagnose:

Fragestellung:

NET		☐ JA	⇨	Angabe Ki-67 Sandostatin? Tag der letzten Gabe: Nächste Gabe geplant:
Prostatakarzinom		☐ JA	⇨	aktueller PSA-Wert
Diabetes mellitus	◉ NEIN	○ JA	⇨	☐ Metformin ☐ Insulin
Kontrastmittelallergie	◉ NEIN	○ JA		
Schilddrüsen-Überfunktion	◉ NEIN	○ JA	⇨	Aktueller **TSH**-Wert
Nierenfunktion			⇨	Aktueller **Kreatinin**-Wert
Voruntersuchung PET	◉ NEIN	○ JA	⇨	Wann / Wo?
Voruntersuchung CT/MRT	◉ NEIN	○ JA	⇨	Wann / Wo?

Patientenvorbereitung:

Die Patientin / der Patient muss mindestens sechs Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein!

NUR Mineralwasser ist erlaubt.

Am Untersuchungstag wird die Patientin / der Patienten gebeten, sich vor der Untersuchung auf Ebene 1 in der Anmeldung der Nuklearmedizin einzufinden. WICHTIG: mit **GÜLTIGEM** Überweisungsschein und Gesundheitskarte!

Anmerkungen:

Zuweisende Praxis oder zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt:

Anschrift: Telefon:

Fax:

Datum: verantwortlicher Mitarbeiter: