



Anforderung PET/CT

Patientendaten (Name, Vorname, Geb.Datum, Anschrift)	Datum: _____ Tel. Patient (für Rückfragen): _____ _____ <input type="checkbox"/> Kasse: _____ <input type="checkbox"/> Privatpatient
Diagnose / klin. Angaben: _____ _____	
Fragestellung: _____ _____ _____	

OP: Ja Nein Wann: _____
Chemotherapie: Ja Nein bis: _____
Strahlentherapie: Ja Nein bis: _____

Schwangerschaft: Ja Nein
Diabetes: Ja Nein Nüchtern-BZ: _____ mg/dl
Falls ‚Ja‘, Metformineinnahme? Ja Nein

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
Kreatinin: _____ mg/dl TSH: _____ µU/ml
(Kreatinin nicht älter als 3 Monate, TSH max. 6 Monate)

Bei Entzündungsdiagnostik: CRP _____ mg/dl

Bei Prostata-Ca: PSA-Spiegel _____ ng/ml

Bei NEC: Ki67 _____ %

Für die Untersuchung wird in der Regel eine diagnostisch nicht verwertbare low-dose-CT angefertigt. Sollte zusätzlich eine kontrastmittelverstärkte CT erforderlich sein, bitte „KM-verstärkte CT“ ankreuzen:

KM-verstärkte CT

Scanbereich: Schädel Hals Thorax
 Oberbauch Gesamtabdomen Andere: _____

Terminwunsch (falls möglich): _____

Patient geschäftsfähig? Ja Nein
 gehfähig sitzend bettlägerig

Anmerkungen:

Tel. für Rückfragen/Terminbestätigung:

Praxisstempel / Unterschrift Arzt

Arztbriefe und Befunde zu Voruntersuchungen bitte in Kopie mitgeben!

Anforderungsbogen bitte nach Möglichkeit vollständig und lesbar ausfüllen! Fett gedruckte Angaben sind für die Durchführung zwingend erforderlich!

Unabhängig von der gewünschten Untersuchung wird die Indikation zur diagnostischen CT einschließlich des erforderlichen Untersuchungsumfangs individuell geprüft.