

PET-CT Zuweisung

Zuweisende/r Arzt/Ärztin: _____ Fachrichtung: _____ Telefonnummer: _____
Gesundheitseinrichtung: _____ Station: _____ Adresse: _____
Befundempfangadresse: _____

Gewünschter Zeitraum/Termin-Dringlichkeit

Akut Routine nicht dringend
 Gewünschter Zeitraum nach Therapie: _____
Termin bereits telefonisch vereinbart? Nein Ja Termindatum: _____

PatientInnendaten (Bitte alle Felder ausfüllen und in Blockbuchstaben schreiben!)

Familienname: _____ **Telefonnummer** (unbedingt angeben!): _____
Vorname: _____ DiabetikerIn: Nein Ja Metformin: Nein Ja
Geburtsdatum: _____ m/w Kontrastmittel/Jodallergie: Nein Ja Schwangerschaft/Stillen: Nein Ja

Zuweisungsdiagnose (+ Datum der Erstdiagnose, Histologie + TNM):

Fragestellung:

Chemotherapie: Nein Ja zuletzt am: _____ Strahlentherapie: Nein Ja Bis wann/Region: _____

Operative Eingriffe: Nein Ja Datum und Region: _____

Letzte PET/CT-Untersuchung (wann/wo?)

Letzte CT-Untersuchung (wann/wo?)

Relevante Nebendiagnosen, anamnestische Angaben (z.B.fokale Entzündungen, Frakturen, frühere Carcinome,...)

Besonderheiten:

Gewünschte Untersuchung: [¹⁸F]-FDG [¹⁸F]FET [¹⁸F]AMYLOID [¹⁸F]DOPA
 [⁶⁸Ga] DOTATOC [¹⁸F]-PSMA → Gleason Score: _____
 [¹⁸F]-CHOLIN → Ca = _____ PTH = _____ Ph = _____ VitD = _____ von (Datum): _____
 Sonstige PET/CT: _____

WICHTIG!

- Die PatientInnen müssen min.6 Stunden nüchtern sein! (stilles Wasser trinken ist erlaubt)
- Aktuelle GFR,TSH-Werte mitbringen (nicht älter als 2 Wochen)
- Auswärtige Befunde (inkl.CD-Roms) mitbringen
- Dauer der Untersuchung: 2-3 Stunden