

## PET-CT Zuweisung

Zuweisende/r Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Gesundheitseinrichtung: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Befundempfangadresse / Emailadresse: \_\_\_\_\_

### Gewünschter Zeitraum/Termin-Dringlichkeit

Akut                       Routine                       nicht dringend

Gewünschter Zeitraum nach Therapie: \_\_\_\_\_

### 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:     [<sup>18</sup>F]-FDG                       [<sup>18</sup>F]FET                       [<sup>18</sup>F]AMYLOID                       [<sup>18</sup>F]DOPA  
    [<sup>68</sup>Ga] DOTATOC                       [<sup>18</sup>F]-PSMA → Gleason Score: \_\_\_\_\_  
    [<sup>18</sup>F]-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