

Zuweisungsformular zur PET-CT

Patientendaten (bitte Klebeetikette verwenden)

TERMINWUNSCH: _____

Familienname	Vorname
Soz.Vers. Nummer	Geburtsdatum
Adresse	

Patient:

gehend

sitzend

liegend

Tel.Nr. des Patienten zur Terminkoordination:

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Schwanger/Stillen: ja / nein

Diabetes mellitus: ja / nein

Kontrastmittelallergie bekannt: ja / nein

DIAGNOSE die zur Zuweisung zum PET-CT führt:

Nebendiagnosen von Relevanz: _____

KONKRETE FRAGESTELLUNG, die mittels PET-CT beantwortet werden soll:

Wurde eine Kontrastmittel CT in den letzten 4-6 Wochen durchgeführt? Ja (Befund mitnehmen!) Nein

Diagnostische CT mit Kontrastmittel erbeten Ja (Begründung): _____ Nein
wenn „Ja“ Kreatinin: _____ mg/dl bzw. e-GFR (DATUM: _____._____._____) nicht älter als 3-4 Wochen!

Datum der letzten Operation? _____._____._____ ; welche:

Datum der letzten Chemo-/Hormon-/Immuntherapie/Cortison? _____._____._____ ; welche:

Datum der letzten Strahlentherapie: _____._____._____ ; wo (Körperregion):

relevante Vorbefunde mitnehmen bzw. anführen (bitte immer mit Bestimmungsdatum):

Histologie (Grading bei NET! Gleason Score, andere):

Bildgebung (PET/CT/MRI):

Labor (PSA, Chromogranin A, andere – Referenzwerte des bestimmenden Labors anführen!)

Wer hat die Indikation zur Untersuchung gestellt? (bitte leserlich!)

Datum: _____

Name u. Unterschrift d. Zuweisers	Institution / Stempel	Telefonnummer (zwecks Rücksprache)