

Anmeldung zur PET/CT

bitte faxen an: 0351 480-3198

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Krankenkasse:

Zuweiserdaten

Name:

Telefonnummer:
(Durchwahl)

Faxnummer:

Stempel

Diagnose und Fragestellung:

letzte Chemo am:

letzte OP am:

- aktueller Arztbrief mit Krankheitsverlauf und Medikamentenplan liegt bei
- aktuelle Kontrastmittel-CT vorhanden
- wird vom Patienten mitgebracht
 - kann abgefordert werden bei folgender Einrichtung: _____
- aktuelle Kontrastmittel-CT erwünscht
- TSH $\mu\text{U/ml}$ vom
- Kreatinin $\mu\text{mol/l}$ vom
- keine Kontrastmittelallergie bekannt
- Diabetiker nein
- nicht insulinpflichtig nimmt Metformin
 - insulinpflichtig
- ECOG-Status:
- multiresistente Erreger: nein ja: _____
- Wunschtermin
- zeitnah am:

Unterschrift anfordernder Arzt

Indikation nach RÖV bestätigt

Indikation nach StrlSchV bestätigt