



Anmeldung PET/CT

Fax 0921 – 400886736

**Bitte ausfüllen und mit Vorbefunden an uns zurückfaxen.
Nach Erhalt des ausgefüllten Bogens werden wir die Kostenübernahme bei der Krankenkasse beantragen und Kontakt mit dem Patienten aufnehmen.**

Anmeldung zum: FDG-PET/CT
(nicht bei Prostata-Ca, Nierenzell-Ca, Hirntumoren)

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Zusätzliches kontrastmittelverstärktes CT erwünscht? ja nein
Wenn ja, bitte aktuellen (< 2 Wo) Kreatininwert (_____) und
TSH-Wert (_____) angeben/bestimmen

Patienten-Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon-Nr.: _____
Name der Krankenkasse: _____

Körpergewicht: _____ kg
Körpergröße: _____ cm

Schwangerschaft ja nein
Diabetes mellitus ja nein
Metformin-Präparat ja nein (Med. 2 Tage vor Untersuchung absetzen)
Kontrastmittelallergie ja nein

Operation ja nein wann? _____
Chemotherapie ja nein wann beendet? _____
Strahlentherapie ja nein wann beendet? _____
Voruntersuchung PET ja nein wann/wo? _____
Voruntersuchung CT ja nein wann/wo? _____

**Der Patient muss mindestens 6 Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein.
Mineralwasser und ungesüßter Tee sind erlaubt.**

MedZentrum Klinikum
Bayreuth GmbH
MVZ für Dermatologie,
Chirurgie, Nuklearmedizin

Ärztliche Leitung: Dr. med. Ina Haendle

Nuklearmedizinische Klinik

Leiter: Prof. Dr. med. Stefan Förster

Preuschwitzer Straße 101
95445 Bayreuth

Tel. 0921 – 4006734
Fax 0921 – 400886736
Email mvz.nuklearmedizin@klinikum-bayreuth.de

Sitz und Registergericht:
Bayreuth HRB 3902

Geschäftsführer:
Dietmar Pawlik
Prof. Dr. Hans-Rudolf Raab

Aufsichtsratsvorsitzender:
Oberbürgermeister Thomas Ebersberger

Datum, Unterschrift des Zuweisers

Stempel des Zuweisers