

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: PSMA-PET/CT (bei Prostata-Ca)

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Prostata-Stanze ja nein wann? _____
Gleason Score: _____

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

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

Körpergewicht: _____ kg
 Körpergröße: _____ cm

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

Hormonbehandlung ja nein wann/was? _____
 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 zur Untersuchung nüchtern sein, ein leichtes Frühstück und 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