

MedZentrum Klinikum Bayreuth GmbH - MVZ für Dermatologie, Chirurgie, Nuklearmedizin

Ärztliche Leitung: Dr. med. Ina Haendle

MVZ Nuklearmedizin

Prof. Dr. med. Stefan Förster

Anmeldung Cholin-PET/CT

Fax: 0921 – 400886736

Email: petct@klinikum-bayreuth.de

Bitte ausfüllen und **mit Vorbefunden** an uns zurückfaxen / mailen. Nach Erhalt des vollständig ausgefüllten Bogens werden wir die Kostenübernahme klären und Kontakt mit dem Patienten aufnehmen.

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.

Datum, Unterschrift des Zuweisers

Stempel des Zuweisers