|  |
| --- |
| [ ]  **Patient bitte aufbieten**       |
| [ ]  **Patient hat Termin am:**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung zum PET/CT**  | Onkologie[ ]  | Infektiologie / Endokrinologie[ ]  | Gehirn[ ]  | Myokard[ ]  |
| **Zuweiser:** |
| Dr. med. / Spital:       | Strasse, Nr.       |
| PLZ, Ort:       | Telefon       |
| **Patient/in:** |  |
| Name:       | Vorname:       |  |
| Geb. Datum (Tag, Monat Jahr):  | Telefon Privat:       |
| Strasse:       | Telefon Handy:       |
| PLZ/Ort:       | Telefon Geschäft:       |
| **Körpergewicht:** | **Körpergrösse:** |
| **Kostenträger:** [ ]  Krankenkasse [ ]  Unfallversicherung [ ]  Selbstzahler**Name & Adresse Versicherung:****Unfall-Nr./Versicherungs-Nr.** | **Gewünschter Untersuch**[ ]  18F-FDG [ ]  68Ga-DOTATATE[ ]  18F-PSMA [ ]  82Rb[ ]  18F-DOPA [ ]  CT ohne i.V. Kontrast [ ]  18F-Cholin [ ]  CT mit i.V. Kontrast[ ]  18F-FET [ ]  anderes  **Wichtig: Persönlichen Versicherungsausweis mitbringen!** |
| **Anamnese:**   |
| **Fragestellung:**  |
| **Relevante Voruntersuchungen (wann? Wo?):**  |
| [ ]  **Bei der Patientin ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen!**[ ]  **Diabetiker/in** |
| **Ich wünsche folgende Befund-Dokumente:** | [ ]  nur / zuzüglich CD  |
|       | [ ]  Elektronische Bildübermittlung (H-Net) |
| [ ]  Befund faxen  |
| [ ]  Befund per HIN-Mail (inkl. Link für die Bilder) |
| [ ]  Telefonische Mitteilung des Befundes erwünscht |
|  |  |
| **Datum**  | **Ärztin/Arzt (Stempel und Unterschrift):**      |
| **Befundkopie an:**  |

**Bitte Voruntersuchungen mitbringen!**