Anmeldung PET/CT

DIRANUK

Überörtliche Gemeinschaft für diagnostische und interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin

PET/CT Zentrum Bielefeld 33602 Bielefeld | Feilenstraße 1 Tel. 0521-9 64 53-1233 Fax 0521-9 64 53-1239



Patientendaten			
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon	
Krankenkasse	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	
☐ Privatpatient ☐ Selbstzahler	\square gesetzliche Krankenversich	erung	
□ ambulant □ stationär			
Zuweiser			
Name	Straße	PLZ, Ort	
Telefon	Fax	eMail	
Gewünschtes Untersuchungsdatu	m.		
Angaben zum Patienten			
Schwangerschaft		Körpergewicht:	kg
Stillen□ja □ neiı		Körpergröße:	
Kontrastmittelallergie 🗆 ja 🔻 🗆 nei	1		cm
Diabetes mellitus□ ja □ nei	1	Kreatininwert (<2 Wochen):	mg/dl
Metformin-Präparat□ja □ nei	(2 Tage vor Untersuchung absetzen)	TSH-Wert (<2 Wochen):	mIU/L
Insulin□ja □nei	n (kein Insulin am Untersuchungstag)		
Operation	n was/wann?		
Chemotherapie	n wann beendet?		
Strahlentherapie□ja □ nei	n wann beendet?		
Voruntersuchung PET□ ja □ nei	n wann/wo?		
Voruntersuchung CT☐ ja ☐ nei	n wann/wo?		
Klinische Angaben			
Fragestellung			