



# Anmeldung PET/CT

**Terminanforderung per FAX 089 - 550 596 - 920 oder per Mail info@die-nuklearmedizin.de**  
Telefonisch sind wir unter 089 – 550 596 - 720 für Sie erreichbar.

**Patient\*in:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/E-Mail Patient\*in: \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Überweisende\*r Ärztin\*Arzt:**

(Praxisstempel / Klinikstempel / Kontaktnummer)

**Gewünschte Untersuchung:**

FET    FDG (Demenz)    Amyloid

**Terminwunsch:**

dringend (1-3 Tage)

zeitnah (bis 7 Tage)

nächstmöglicher Termin

**Versicherungsstatus:**

Privat

GKV (IGEL/KüA)

Selbstzahler\*in

**Klinische Angaben:**

Z.n. Operation, wann:

Z.n. Strahlentherapie, wann:

Z.n. Chemotherapie, wann:

Sonstige Therapien:

**Fragestellung:**

**Labor:** Blutwerte bitte nicht älter als 6 Wochen

Kreatinin:                    mg/dl    Datum:

TSH:

µIU/ml    Datum:

Größe:

Gewicht:

Diabetes

Metformin-Einnahme

KM-Allergie

**Vordiagnostik:**

PET/CT, zuletzt am:

CT, zuletzt am:

MRT, zuletzt am:

sonstiges:

**Terminbestätigung an:**

Termin bereits vereinbart    Patienten\*in

Überweiser\*in, FAX-Nummer:

**Termin:**