



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: _____	Datum: _____ Überweisende*r Ärztin*Arzt: (Praxisstempel und Unterschrift)
Telefonnummer Patient*in: _____	

Gewünschte Untersuchung:	<input type="checkbox"/> PSMA-PET/CT	<input type="checkbox"/> _____
Terminwunsch:	<input type="checkbox"/> dringend (1-2 Tage)	<input type="checkbox"/> zeitnah (bis 7 Tage)
	<input type="checkbox"/> nächstmöglicher Termin	<input type="checkbox"/> _____

Versicherungsstatus:	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> GKV (bitte Seite 2 ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> Selbstzahler*in	gesetzliche Krankenkassen übernehmen nur einzelne Indikationen

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Therapien:

	ja	nein	
Operation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wann
Chemotherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beendet am
Strahlentherapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beendet am

Vordiagnostik:

PET/CT:	wann _____	wo _____
CT/MR:	wann _____	wo _____

	ja	nein	nicht bekannt	Grösse _____ cm
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewicht _____ kg

Labor: Blutwerte bitte nicht älter als 6 Wochen

Kreatinin:	_____ mg/dl	Datum:	_____
TSH:	_____ µU/ml	Datum:	_____

Bitte das Zutreffende ankreuzen.

PSA-Rezidiv eines lokalisierten Prostatakarzinoms nach radikaler Prostatektomie (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Wert >0,2 ng/ml)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN PSA: 1. Wert _____ 2. Wert _____ Datum: 1. Wert _____ 2. Wert _____
MRT-Untersuchung des Beckens durchgeführt:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Lokalisation des Rezidivs durch MRT-Becken	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
im Falle eines Lokalrezidivs kommt eine Operation oder eine Strahlentherapie in Betracht	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

PSA-Rezidiv eines lokalisierten Prostatakarzinoms nach alleiniger Bestrahlung (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Anstieg von >2 ng/ml über den postinterventionellen Nadir)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN PSA: 1. Wert _____ 2. Wert _____ Datum: 1. Wert _____ 2. Wert _____
MRT-Untersuchung des Beckens durchgeführt:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Lokalisation des Rezidivs durch MRT-Becken	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
im Falle eines Lokalrezidivs kommt eine Operation oder eine Strahlentherapie in Betracht	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN