



Name:  
Geb.-Datum:  
Anschrift:  
  
Kostenträger:  Chefarztbehandlung  
  
 ambulant  stationär  gehfähig  Sitzwagen  
Gewicht: Größe:  
Station/ Poliklinik:  
Telefon:

Abrechnung:  
Krankenkasse   
Studiensponsor   
Privat

## Anforderung PET/CT für Studien

Klinische Vorbefunde und Fragestellung:

Nüchternblutzuckerspiegel: Serumkreatinin: TSH:

**Studien ID:** **Site Nr:** **Pat. ID:**

**Studienuntersuchungszeitpunkt:** **Studienarzt:** **Telefon:**

Patientenvorbereitung

1. Patient muß nüchtern sein
2. Ein eventueller Diabetes muß gut eingestellt sein (vorher auf jeden Fall ärztliche Rücksprache unter 88-3281)
3. Patienten mit Schmerzen müssen ausreichend analgetisch versorgt sein.
4. Einvenöser Zugang sollte vorhanden sein
5. Kontraindikationen gegen Röntgenkontrastmittel bekannt  ja  nein

Unterschrift Stationsarzt:

Untersuchungsdatum: Schwangerschaft:  ja  nein

Radiopharmakon: Applizierte Aktivität: [MBq] Applikationsort:

Blutzuckerspiegel bei Applikation:

Besonderheiten:

Unterschrift des Arztes: