

**Klinik für Nuklearmedizin
und Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie**

Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Tel.: 0201/723-1544 Fax: 0201/723-1862 eMail: PET-Anmeldung@uk-essen.de

Anmeldeformular **PET/CT-** & **PET/MRT** - Untersuchung**Patient Bitte Aufkleber verwenden!**

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon Pat.:

Bitte beachten:*Terminvergabe erfolgt nur, wenn das Anmeldeformular
komplett ausgefüllt wird!*Infektiös Ja Nein

Psychosom. Auffälligkeiten Ja Nein

Wunschtermin:

Versicherung: Gesetzlich: Privat:

Gewünschte Untersuchung: *lowdose* PET/CT
(ohne diagnost. CT)***fulldose* PET/CT**
(mit diagnost. CT)**PET/MRT****Diagnose** (bzw. aktueller Arztbrief):

cm:

kg:

Chemo-Tx: wenn ja, wann zuletzt?**Radio-Tx:** wenn ja, wann zuletzt?**OP:** wenn ja, wann zuletzt?**Studienpatient? Ja / Nein****Fragestellung:**

Kreatininwert: mg/dl (aktuelle Werte zur Untersuchung mitgeben)

TSH-Wert: mU/l

KM-Allergie: ja nein Schrittmacher: ja nein

Diabetes mellitus: ja nein Metall/ Prothesen: ja nein

Bei minderjährigen Patienten liegt Einverständnis der Eltern vor? ja nein

→ Bei **FDG** und FET PET/CT/MRT: **Pat. muss nüchtern sein (klares Wasser erlaubt);**
bei Diabetes BZ unter 150 mg/dl

→ Bei Einnahme von Metformin bitte Rücksprache mit PET/CT: 0201 723 1544

Bitte Kontaktdaten deutlich ausfüllen**Stempel:****Telefon:****Mail:**

Die Befundübermittlung erfolgt per E-Mail

Datum und Unterschrift: