

Anmeldebogen: **PET/CT**

Klinik und Institut für Nuklearmedizin

Leitender Arzt: Prof. Dr. med. M. Lell

Leitende Oberärztin: Dr. med. I. Greil

PET/CT

Klinikum Nord
Prof.-Ernst-Nathan-Str.1
90419 Nürnberg

Telefon: (0911) 398 – 7764

Fax: (0911) 398 - 7760

Internet: www.klinikum-nuernberg.de

E-Mail: PET-CT@klinikum-nuernberg.de

Wir bitten Sie, den folgenden Anmeldebogen auszufüllen und an uns zurückzusenden. Nach Erhalt des ausgefüllten Bogens werden wir zwecks einer Terminvereinbarung Kontakt mit Ihnen aufnehmen.

Ihre Telefonnummer:

Gewünschte Untersuchung: **FDG – PET/CT**

Fragestellung (obligat):

Patientendaten (bitte komplett ausfüllen)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Gewicht: _____

Informationen zur Untersuchung:

Für die Untersuchung müssen folgende aktuelle Blutwerte (nicht älter als 14 Tage) vorliegen:

Kreatinin: mg/dl vom: **TSH:** µUI/ml vom:

Bei GKV versicherten Patienten muss eine **Krankenhouseinweisung** und **eine Kostenübernahme der Krankenkasse** (um die wir uns bei Bedarf kümmern) vorliegen: Privatpatienten schließen einen Privatbehandlungsvertrag mit unserer Abteilung ab. (Keine Einweisung nötig)

Bitte bleiben Sie ab 22 Uhr des Vortages nüchtern. Wasser (ohne Zucker und ohne Kohlensäure) ist auch am Untersuchungstag erlaubt und empfohlen.

Keine körperliche Anstrengungen am Vortag !

Sofern keine Kontraindikationen vorliegen, ist die i.v. Applikation von Buscopan erforderlich, welches die Verkehrstüchtigkeit des Patienten einschränkt.

Der Patient muss zum Untersuchungstermin **pünktlich** erscheinen, da die Untersuchung ansonsten nicht mehr durchgeführt werden kann.

Voruntersuchungen (Arztbrief etc.) insbesondere radiologische Bilder (möglichst als **CD**) sind dem Patienten mitzugeben. Den **letzten Arztbrief** bitte unbedingt mitgeben oder faxen.

Bitte diese Informationen und die erforderlichen Unterlagen an den Patienten weiterleiten.

Datum, Unterschrift des Zuweisers

Stempel/ Adresse des Zuweisers