

# Anmeldebogen: **PET/CT**

## Klinik und Institut für Nuklearmedizin

Leitender Arzt: Prof. Dr. M. Lell  
Leitende Oberärztin: Dr. med. I. Greil

### **PET/CT**

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

Telefon: (0911) 398 – 7764 oder [3101](tel:09113983101)  
Fax: (0911) 398 - 7760  
Internet: [www.klinikum-nuernberg.de](http://www.klinikum-nuernberg.de)

E-Mail: [PET-CT@klinikum-nuernberg.de](mailto: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: **FEC – PET/CT** (bei Prostata-Ca.)

### **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:** µU/ml vom:

### **Der Patient muss mindestens 6 Stunden vor der Untersuchung nüchtern sein.**

Wasser (ohne Zucker) ist auch am Untersuchungstag erlaubt und empfohlen.

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.

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

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift des Zuweisers**

**Stempel des Zuweisers**