Anforderung PET (PET/CT und PET/MRT)

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____ Telefon des Patienten: _____

Adresse des Patienten: _____

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich bei: (Vers.+Ort) _____

☐ privat bei: (Vers.+Ort) _____

Größe / Gewicht: _____

Grunderkrankung: _____

Konkrete Fragestellung: _____

_____

_____

Fallstatus ☐ ambulant ☐ stationär UKM ☐ stationär ausw. Krankenh.

Bisherige relevante Therapien:	**Welche**	**Zeitraum**
☐ Operation	_____	_____
☐ Systemische Therapie	_____	_____
☐ Bestrahlung	_____	_____
☐ Antibiotische Therapie	_____	_____

Gewünschte PET-Untersuchung:

☐ FDG (Ganzkörper)	☐ SITATE/DOTATATE	☐ PSMA (Prostata)	☐ FET (Hirn)
☐ FDG (Hirn)	☐ Cholin (NSD-Adenom)	☐ ACP3 (Prostata)	☐ Amyloid (Hirn)
☐ FDG (Herz Vitalität)	☐ FAPI	☐ CAIX (ccRCC)	☐ DOPA (Ganzkörper)
☐ FPZ (Herz Perfusion)	☐ _____		

Gewünschte CT- oder MRT-Untersuchung im Rahmen eines PET/CT und/oder PET/MRT
(Ganzkörperuntersuchungen grundsätzlich als PET/CT. Am PET/CT können reguläre diagn. CT-Protokolle ergänzt werden. Teilkörper PET/MRT inkl. regulärem diagnostischen MRT können ergänzt werden.)

Spezifisches CT / MRT Untersuchungsprotokoll:_____

Aktuelle Schnittbildgebung vorhanden? ☐nein ☐ja _____

Bei gewünschten KM-CT oder /-MRT Untersuchungen bitte aktuelle Laborwerte (TSH, Kreatinin) mitgeben.

Zusätzliche Informationen

☐ Hyg. relev. Infekte: _____ ☐ Diabetes ☐ Rollstuhl / bettlägerig

☐ Kontraindik. KM-CT: _____

☐ Kontraindik. MRT: _____

MRT Implantatinformationen bitte im Vorfeld per Fax an 0251 – 83 40606.

Besonderheiten: _____

Bei FDG und FET müssen die Patienten **mindestens 4 Stunden vor dem Untersuchungstermin nüchtern** bleiben (Wasser ist erlaubt). Bei FDG-PET zur Entzündungs- und Infektionsdiagnostik spezielle Informationen zur Vorbereitung beachten!

Bitte senden Sie die Anforderung inkl. aller relevanten Arztbriefe & Befunde mit dieser Anforderung per Fax an 0251 - 83 40606. Tel. können Sie uns erreichen unter 0251 - 83 47370 (08:00-12:00). Bitte senden Sie uns relevante **Bildgebungen per xPipe** zu oder stellen Sie eine Mitnahme als CD oder QR-Code seitens des Patienten sicher. Das **Vorliegen vollständiger Anforderungsinformation** ist eine Voraussetzung für einen qualitativ hochwertigen Befund, entsprechend terminieren wir nur unter dieser Voraussetzung.

Name, Anschrift und Telefonnummer _____

Praxis/anforderndes Krankenhaus: _____

_____