



**Klinik für Nuklearmedizin**

**PET/CT- Zentrum Augsburg**

Direktor: Prof. Dr. C. Lapa

Tel.: 0821 400-2067

Fax: 0821 400-3309

E-Mail: stuetzpunkt.nuk@uk-augsburg.de

**Anmeldung PET/CT**

**Patient**

Name	Vorname	Krankenkasse
Geburtstag	Telefon	Überweisender Arzt
Adresse	Telefon für Rückfragen	

**Untersuchung**

PET/CT mit low-dose-CT  
 PET/CT mit diagnostischem CT  
 Hals  Thorax  Abdomen  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 PET/CT Hirn

FDG  
 PSMA  
 Dotatoc  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wunschtermin: \_\_\_\_\_

**Diagnose und Fragestellung**

----- falls Platz nicht ausreichend, bitte Zusatzblatt verwenden -----

**Vorbefunde (v.a. Operation, Chemotherapie, Radiatio, CT / MR, PET)**

nein  ja **(Bitte aktuelle Befunde / Arztberichte und CT- / MRT-Aufnahmen zur Untersuchung mitgeben)**

Wenn ja:

Datum	Untersuchung	Bemerkung

**Wichtige Angaben zum Patienten zur Durchführung der Untersuchung**

Aktuelle Blutwerte (Kreatinin, GFR, TSH), nicht älter als 2 Wochen

nein  ja, Datum: \_\_\_\_\_ **(Bitte Kopie des Labors dem Antrag beilegen)**

Größe/ Gewicht	cm/ kg	Metformin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	Insulin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
KM Allergie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	Schwangerschaft ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja