

Patient Name, Vorname: Geb.: Krankenkasse: Telefon Patient:	 UNIVERSITÄTSKLINIKUM AUGSBURG PET/CT-Zentrum Augsburg Klinik für Nuklearmedizin Direktor: Prof. Dr. C. Lapa Tel: 0821/400-2067 Fax:0821/400-3309
Überweisender Arzt: Telefon für Rückfragen:	<h2 style="margin: 0;">Anmeldung</h2> <h2 style="margin: 0;">PET und PET/CT</h2>

<input type="checkbox"/> PET (oder PET/CT mit <u>Low-dose-CT</u>)	(Low-dose-CT ersetzt kein diagnostisches CT, sondern wird nur zur Schwächungskorrektur und anatomischen Korrelation verwendet)
--	---

<input type="checkbox"/> PET/CT mit <u>diagnostischem CT</u>	
Untersuchungsbereich diagnostisches CT (Gewünschte Regionen bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Oberbauch <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Unterbauch <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Untersuchungsprotokoll (von PET/CT-Arzt auszufüllen): <input type="checkbox"/> 18F-FDG <input type="checkbox"/> Anderer Tracer:
Indikation RAD geprüft: Unterschrift	Indikation NUK geprüft: Unterschrift
!! Bitte aktuelle Befunde / Arztberichte und CT-/MRT-Aufnahmen zur Untersuchung mitgeben !!	

Diagnose und Fragestellung:	Bilddatenfreigabe gewünscht <input type="checkbox"/>
Operation <input type="checkbox"/> ja, wann/Lokalisation _____ <input type="checkbox"/> nein Chemotherapie <input type="checkbox"/> ja, wann beendet _____ <input type="checkbox"/> nein Radiatio <input type="checkbox"/> ja, wann beendet _____ <input type="checkbox"/> nein Vor-CT/MR <input type="checkbox"/> ja, wann/wo _____ <input type="checkbox"/> nein Vor PET <input type="checkbox"/> ja, wann/wo _____ <input type="checkbox"/> nein	

Größe / Gewicht	cm /	kg			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> nein	Nüchtern-BZ mg/dl
- Metformin	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	Kreatinin mg/dl
- Insulin	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	GFR ml/min/1,73m ²
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	TSH mU/l
Schwangerschaft ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	
KM-Reaktion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Welche:	