

Patient:  
geb.:  
Adresse:  
Telefon:  
Krankenkasse:

**P E T / C T - Zentrum**  
**MVZ Nuklearmedizin und Radioonkologie**  
**Ärztliche Direktorin PD Dr. med. S. M. Eschmann**

Böheimstr. 37 • 70199 Stuttgart  
Tel: 0711/6489-2640 (Anmeldung)  
Fax: 0711/6489-2646

Einsender:  
Adresse:  
Telefon:  
Fax:

**Anforderung einer PET/CT -**

Bitte beachten:

- 12H NAHRUNGSKARENZ VOR UNTERSUCHUNG
- AUSREICHENDE HYDRIERUNG (UNGESÜSSTER TEE ODER WASSER)
- AKTUELLE CT/MRT-BILDER + BEFUND VORLEGEN

**Diagnose/Klinische Informationen:**

<b>Operation</b>	<input type="checkbox"/> ja, wann/Lokalisation _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Chemotherapie</b>	<input type="checkbox"/> ja, wann beendet _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Radiatio</b>	<input type="checkbox"/> ja, wann beendet _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Vor-CT</b>	<input type="checkbox"/> ja, wann/wo _____	<input type="checkbox"/> nein
<b>Vor-PET-</b>	<input type="checkbox"/> ja, wann/wo _____	<input type="checkbox"/> nein

**Fragestellung:**

**Wunschtermin / Dringlichkeit:**

Patient ist <b>zum Zeitpunkt der Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär
Versicherungsstatus <b>für die Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/> gesetzliche KK	<input type="checkbox"/> privat/Selbstzahler
Größe _____cm	Gewicht _____kg	
Aktueller Kreatinin-Wert _____mg/dl		
Aktueller TSH-Wert _____mg/dl		(Bei Hyperthyreose bitte SD-Blockade!)
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> nein
Metformineinnahme?	<input type="checkbox"/> ja (bitte 3 Tage vorher absetzen)	<input type="checkbox"/> nein
Cortisonmedikation?	<input type="checkbox"/> ja _____ (Dosierung)	<input type="checkbox"/> nein
Leidet der Pat. an Klaustrophobie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM-Allergie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nur vom PET / CT-Zentrum auszufüllen, bitte nicht beschriften

<b>Indikationsstellung Radiologie:</b> CT: Diagnostisch <input type="checkbox"/> Low-dose <input type="checkbox"/> RT-Planung <input type="checkbox"/>	<b>Indikationsstellung Nuklearmedizin:</b> Tracer: _____ Radioaktivität: _____ MBq
Datum: Arzt:	Datum: Arzt:
Zusatzmedikation:	

**Terminreservierung** (wird zugefaxt, Patient muss am Vortag bis 10.00 Uhr **telefonisch bestätigen**):  
Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_