

## Anforderungen einer PET/CT-Untersuchung mit F18-FDG

Patient:  
Geb.:  
Adresse:  
Telefon:  
Krankenkasse:  
Versicherung-Nr.:

- Radiologie
- Nuklearmedizin
- Hämatologie
- Onkologie
- Strahlentherapie
- Palliativmedizin

**Medizinisches Versorgungszentrum  
Radiologie und Nuklearmedizin  
Stade**

Einsender:

Adresse:

Bitte **vollständig ausgefüllt**  
zurückfaxen

Telefon:

Fax-Nr.: 04141 /604 197

Fax:

Tel.-Nr.: 04141/ 604 153

### **Bitte beachten:**

- 12 h Nahrungskarenz vor Untersuchung
- Ausreichende Hydrierung (ungesüßter Tee oder Wasser)
- Aktuelle CT/MRT-Bilder + Befunde vorlegen

### **Diagnose / Klinische Informationen:**

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

Operation  ja, wann/Lokalisation \_\_\_\_\_  nein  
Chemotherapie  ja, wann beendet \_\_\_\_\_  nein  
Radiatio  ja, wann beendet \_\_\_\_\_  nein

### **Dringlichkeit:**

Patient ist **zum Zeitpunkt der Untersuchung**

ambulant

stationär

**Krankenhaus:**

gehend

liegend

Versicherungsstatus **für die Untersuchung**

gesetzliche KK

privat/Selbstzahler

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Aktueller Kreatinin-Wert

\_\_\_\_\_ mg/dl

Aktueller TSH-Wert

\_\_\_\_\_ mg/dl

(Bei Hyperthyreose bitte SD-Blockade!)

Schwangerschaft

ja

nein

Diabetes mellitus

ja

Typ 1

Typ 2

nein

Metformineinnahme

ja

(Bitte 1 Tag vorher absetzen)

nein

Cortisonmedikation

ja

Dosierung \_\_\_\_\_

nein

Leidet der Patient an Klaustrophobie?

ja

nein

KM-Allergie

ja

nein

Eine telefonische Terminabsprache erfolgt mit dem Patienten.