



## Anforderung einer PET-CT-Untersuchung mit F18-FDG

Patient/-in:  
Geburtsdatum:  
Anschrift:  
Telefon-Nr.:  
Krankenversicherung:  
Versicherungs-Nr.:

Einsender:

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

Bitte **vollständig ausgefüllt**  
zurückfaxen

Fax-Nr.: **04141 / 604-197**

Telefon-Nr.: 04141 / 604-454

### **Bitte beachten:**

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

**Diagnose / Fragestellung:** \_\_\_\_\_

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

Patient ist **zum Zeitpunkt der Untersuchung**

ambulant

stationär

**Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

gehend

liegend

### **Bitte unbedingt angeben:**

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

Aktueller Kreatinin-Wert \_\_\_\_\_ mg/dl

Aktueller TSH-Wert \_\_\_\_\_ mg/dl (Bei Hyperthyreose bitte SD-Blockade!)

Schwangerschaft  nein  ja

Diabetes mellitus  nein  ja  Typ 1  Typ 2

Metformineinnahme  nein  ja (Bitte 1 Tag vorher absetzen)

Cortisonmedikation  nein  ja Dosierung: \_\_\_\_\_

Leidet der Patient an Klaustrophobie?  nein  ja

KM-Allergie  nein  ja

**Eine telefonische Terminabsprache erfolgt zwischen dem Patienten und der Nuklearmedizin.**