



## Anforderung einer PSMA-PET-CT Untersuchung mit Gallium-68

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

Bitte **vollständig** ausgefüllt  
zurückfaxen

Einsender:

Fax-Nr.: **04141 / 604-197**  
Telefon-Nr.: 04141 / 604-454

Anschrift:  
Telefon-Nr.:  
Fax-Nr.:

### Bitte faxen:

- PSA-Verlauf bzw. aktuelle Laborwerte
- Aktuelle Befunde
- Überweisung

### Diagnose / Fragestellung: \_\_\_\_\_

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

(falls ja, Befunde + **CD's** bitte spätestens zum Termin mitbringen)

### Patient ist **zum Zeitpunkt der Untersuchung**

- ambulant  
 stationär

### Krankenhaus: \_\_\_\_\_

- gehend  liegend

### Bitte unbedingt angeben:

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

Aktueller PSA-Wert \_\_\_\_\_ ng/ml

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

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

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Typ 1	<input type="checkbox"/> Typ 2
Metformineinnahme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Dosierung: _____	
Cortisonmedikation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Dosierung: _____	
Leidet der Patient an Klaustrophobie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
KM-Allergie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

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