



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

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 faxen:

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

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

Operation	▪ nein	▪ ja, wann/Lokalisation _____
Chemotherapie	▪ nein	▪ ja, wann beendet _____
Radiatio	▪ nein	▪ ja, wann beendet _____
PSMA-PET-CT	▪ nein	▪ 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/dl

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

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

Diabetes mellitus                      ▪ nein                      ▪ ja ▪ Typ 1    ▪ Typ 2

Metformineinnahme                      ▪ nein                      ▪ ja      Dosierung: \_\_\_\_\_

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.**