



Anmeldung PET/CT

Terminanforderung per FAX 089 - 550 596 - 920 oder per Mail info@die-nuklearmedizin.de

Telefonisch sind wir unter 089 – 550 596 - 720 für Sie erreichbar.

Patient*in:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer/E-Mail Patient*in: _____

Datum: _____

Überweisende*r Ärztin*Arzt:

(Praxisstempel / Klinikstempel / Kontaktnummer)

Gewünschte Untersuchung:

FEC-PET/CT (Cholin) _____

Terminwunsch:

dringend (1-3 Tage)

zeitnah (bis 7 Tage)

nächstmöglicher Termin _____

Versicherungsstatus:

Privat

GKV (IGEL/KüA)

Selbstzahler*in

Die FEC-PET/CT bei Patient*innen mit V.a. ein Nebenschilddrüsenadenom ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse! Ein Kostenübernahmeantrag bei der Krankenkasse muss vorab gestellt werden.

Klinische Angaben:

PTH:

vom: _____

Calcium:

vom: _____

Fragestellung:

Labor: Blutwerte bitte nicht älter als 6 Wochen

Kreatinin:

mg/dl Datum: _____

TSH:

µIU/ml Datum: _____

Größe:

Gewicht: _____

Diabetes

Metformin-Einnahme

KM-Allergie

Vordiagnostik:

MIBI-Szinti, vom: _____

CT, vom: _____

MRT, vom: _____

sonstiges: _____

Terminbestätigung an:

Termin bereits vereinbart Patient*in

Überweiser*in, FAX-Nummer: _____

Termin: _____