



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:

FET FDG (Demenz) Amyloid

Terminwunsch:

dringend (1-3 Tage)

zeitnah (bis 7 Tage)

nächstmöglicher Termin

Versicherungsstatus:

Privat

GKV (IGEL/KüA)

Selbstzahler*in

Klinische Angaben:

Z.n. Operation, wann:

Z.n. Strahlentherapie, wann:

Z.n. Chemotherapie, wann:

Sonstige Therapien:

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:

PET/CT, zuletzt am:

CT, zuletzt am:

MRT, zuletzt am:

sonstiges:

Terminbestätigung an:

Termin bereits vereinbart Patienten*in

Überweiser*in, FAX-Nummer:

Termin: