



# Anmeldung PET/CT

Terminanforderung per FAX 089 - 550 596 - 920 oder per Mail [info@die-nuklearmedizin.de](mailto: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:**

FDG-PET/CT

**Terminwunsch:**

dringend (1-3 Tage)

zeitnah (bis 7 Tage)

nächstmöglicher Termin

**Versicherungsstatus:**

Privat

GKV (IGEL/KüA)

GKV (ASV-Rheuma)

Selbstzahler\*in

**ASV-Vorgabe:** PET/CT (18F-Fluordesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel, einer therapeutischen Konsequenz.

**Klinische Angaben:**

Glukokortikoide, seit 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 Patient\*in

Überweiser\*in, FAX-Nummer: \_\_\_\_\_

**Termin:**