

Anmeldung für PET CT



Vorab benötigte Informationen zur Terminvereinbarung:

- Arztbriefe
- Zwischenbefunde
- dieser Angabenbogen (komplett alle Angaben ausgefüllt)

<p>Angaben zu Patient/in:</p> <p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>Email-Adresse: _____</p> <p>Patientengröße: _____ cm</p> <p>Patientengewicht: _____ kg</p> <p>Krankenkasse: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> ASV</p>	<p>Datum: _____</p> <p>Überweisender Arzt: (Praxisstempel oder komplette Adresse)</p> <p>Praxis-Telefonnummer für Rückruf: _____</p>
<p>Gewünschte Untersuchung:</p> <p><input type="checkbox"/> FDG-PET/CT <input type="checkbox"/> PSMA-PET/CT</p> <p style="text-align: center;">bei PSMA PET-CT aktueller PSA Wert: _____ Datum: _____</p>	
<p>Klinische Angaben und Diagnosen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Fragestellung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Vordiagnostik:</p> <p>PET-CT: Wann? _____ und wo? _____</p> <p>CT/MRT: Wann? _____ und wo? _____</p>	
<p>Therapien:</p> <p>Operation: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Chemotherapie: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Strahlentherapie: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p>	<p>Antihormonelle Therapie:</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Kontrastmittelallergie:</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p>
<p>Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA - Insulin: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p>	

Bitte möglichst alle Felder ausfüllen und aktuelle Voruntersuchungen/Vorbefunde anfügen. CDs kann der Patient zum Untersuchungstag mitbringen.

Zusendung der Unterlagen an uns per Email an info@pet-ct-wuerzburg.de oder per FAX 0931-14107.