



**Klinik für Nuklearmedizin
und Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie**

Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Tel.: 0201/723-1544 Fax: 0201/723-1862 eMail: PET-Anmeldung@uk-essen.de

Anmeldeformular **PET/CT- & PET/MRT - Untersuchung**

Patient Bitte Aufkleber verwenden!

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon Pat.:

Bitte beachten:

*Terminvergabe erfolgt nur, wenn das Anmeldeformular
komplett ausgefüllt wird!*

Infektiös Ja O Nein O

Psychosom. Auffälligkeiten Ja O Nein O

Terminreminder 2 Werktage vor Untersuchung

erwünscht. O

Telefon Pat.: _____

Gewünschte Untersuchung: *lowdose* PET/CT
(ohne diagnost. CT)

***fulldose* PET/CT**
(mit diagnost. CT)

PET/MRT

Diagnose (bzw. aktueller Arztbrief):

_____ cm
_____ kg

Chemo-Tx: wenn ja, wann zuletzt? _____, **Radio-Tx:** wenn ja, wann zuletzt? _____

OP: wenn ja, wann zuletzt? _____, **Studienpatient?** Ja / Nein

Fragestellung:

Kreatininwert: _____ mg/dl (aktuelle Werte zur Untersuchung mitgeben)

TSH-Wert: _____ mU/l

KM-Allergie: ja nein Schrittmacher: ja nein

Diabetes mellitus: ja nein Metall/ Prothesen: ja nein

Bei minderjährigen Patienten liegt Einverständnis der Eltern vor? ja nein

→ Bei **FDG** und FET PET/CT/MRT: **Pat. muss nüchtern sein (klares Wasser erlaubt);**
bei Diabetes BZ unter 150 mg/dl
→ Bei Einnahme von Metformin bitte Rücksprache mit PET/CT: 0201 723 1544

Bitte Kontaktdaten deutlich ausfüllen

Überweiser (Name):

Anschrift, Telefon (für Rückruf): _____

Fax (für Befund):

Datum und Unterschrift

NUM FO	Änderung	durch	Freigabe	durch	
ID: 64973	12.03.2021	Franz, S.	29.04.2021	Herrmann, Ken	Rev: 007/04.2021