

Anmeldung zur PET/CT

bitte faxen an: 0351 480-3198

Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Krankenkasse:

Abrechnung:

Zuweiserdaten

Name:

Station:

Telefonnummer:
(Durchwahl)

Faxnummer:

Stempel

Diagnose und Fragestellung:

letzte Chemo am:

letzte OP am:

- aktueller Arztbrief mit Krankheitsverlauf und Medikamentenplan liegt bei
- aktuelle Kontrastmittel-CT vorhanden
wird vom Patienten mitgebracht
kann abgefordert werden bei folgender Einrichtung: _____
- aktuelle Kontrastmittel-CT erwünscht

TSH $\mu\text{U/ml}$ vom

Kreatinin $\mu\text{mol/l}$ vom

keine Kontrastmittelallergie bekannt

Diabetiker nein ja
 nicht insulinpflichtig
 insulinpflichtig

ECOG-Status:

multiresist. Erreger: nein ja:

Wunschtermin:

zeitnah am

Unterschrift anfordernder Facharzt

Indikation nach RÖV bestätigt

Indikation nach StrISchV bestätigt