

PET/CT

Praxisnetz Radiologie & Nuklearmedizin
Haydnstraße 36
53115 Bonn
Tel: 0228 50202-0
Fax: 0228 50202-199
petct@praxisnetz-bonn.de



Anmeldeformular PET/CT

Deckblatt

Patientendaten:

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich divers

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer des Patienten: _____

Krankenversicherung: Privat _____ Gesetzlich _____ Selbstzahler

Gewünschtes Untersuchungsdatum: zeitnah Wunschzeitraum: _____

Diagnose: _____

Anamnese & Nebendiagnosen:

Bisherige Therapie / Staging:

Tumormarker: welcher? _____ normal angestiegen gefallen

B-Symptomatik: Nachtschweiß Gewichtsverlust > 10% Fieber _____

Diabetiker: ja nein

Kontrastmittelallergie: ja nein

TSH (< 6 Wochen): _____

Kreatinin (< 6 Wochen): _____

Überweiser/in:

Anschrift / Stempel:

direkte Rückrufnummer: _____

Name des Arztes: _____

Anmeldeformular PET/CT

Organbereich Skelett und Gefäße



Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Datum der Erstdiagnose: _____ Vor OP? ja nein

TNM Stadium: _____

Voruntersuchungen? ja welche? CT MRT PET/CT Wann? _____
 nein

 Knochtumor **Weichteiltumor**

Welche Tumorart? _____

Lokalisation? _____

Fragestellung:

Diagnosesicherung bei Verdacht Staging Restaging

Z. n. OP? ja nein Wann? _____

Was wurde operiert?

Chemotherapie ja nein Strahlentherapie ja nein

V. a. Rezidiv ja nein Metastasen ja nein

Wo? _____

Großgefäßvaskulitis

Diagnosesicherung bei Verdacht Verlauf

Unter Therapie (z. B. Cortison)? ja nein seit wann? _____

Osteomyelitis **Spondylodiszitis**

Lokalisation? _____

Fragestellung:

Diagnosesicherung bei Verdacht Verdacht

Unter Therapie (z. B. Antibiose)? ja nein seit wann? _____

Z. n. OP? ja nein Wann? _____

Was wurde operiert? _____