



Anforderung (PET-CT) NUK - MSR

Dok.-Nr.: D4605

Version: 2

Formular

Seite 1 von 1

Patienten-Etikett (falls nicht vorhanden, bitte ausfüllen)

Name, Vorname _____ ,

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____

Krankenkasse _____

Klinik für Nuklearmedizin

Chefarzt

Dr. med. S. Rüter

Telefon: 05971 42 4200

Telefax: 05971 423 4200

nuklearmedizin-rheine@mathias-spital.de

(Bitte vor Terminvereinbarung an die Nuklearmedizin faxen!)

Anfordernder Arzt _____ Telefon _____ Fax _____ Datum _____

Patientenangaben Gewicht _____kg

Diabetes mellitus nein Typ I Typ II Nüchtern-Blutzucker _____mg /dl

Nur bei zusätzlichem diagnostischem CT mit i.v. KM-Gabe TSH _____ Kreatinin _____

Operation nein ja Lokalisation _____ Datum _____

Chemotherapie nein ja, zuletzt am _____

Strahlentherapie nein ja, zuletzt am _____

Beschluss Tumorkonferenz vom _____

Klinische Vorbefunde, Tumorstadium:

Fragestellung:

Patientenvorbereitung: ab Vorabend 21:00 Uhr nüchtern, Diabetesmedikation/Insulin am Untersuchungstag weglassen (nur bei diagn. CT mit i.v. KM Metformin zwei Tage vor der Untersuchung pausieren), aktuelles CT/MRT mitgeben, Schwangerschaft muss ausgeschlossen sein!

Wird in der Nuklearmedizin ausgefüllt

Datum/ Uhrzeit _____ Kostenträger stationär

Eintrag Outlook ambulant P KV ASV

BZ vor Applikation _____mg/dl Insulin _____I.E. _____Uhr Präparat _____

Verabreichte Aktivität _____ FDG Ga-68 PSMA Ga-68 Dotatoc _____ Uhr

Start Akquisition _____ Uhr

Untersuchungsdurchführung: Körperstamm, Oberschenkel Hirn

Ganzkörper Herz

Strahlentherapieplanung _____

orales Kontrastmittel _____

CT low dose diagnostisch _____ Radiologie

Rechtfertigende Indikation _____

Prozesseigner: Ruether, Stefan	Geprüft am: 21.12.2023
Inhaltliche Prüfung: Ruether, Stefan	Freigegeben am: 31.12.2023