

**PET Diagnostik Bern AG**

 c/o Universitätsklinik für Nuklearmedizin  
 Studienmanagement  
 Inselspital, 3010 Bern  
 Telefon 031-66 4 30 22

**Anmeldung per E-Mail:**

 studies.nuk@insel.ch  
 cc: petdiagnostik@insel.ch

**Zuweisender Arzt**

Anschrift (Name, Klinik, Adresse): \_\_\_\_\_

Telefon (Sucher) / Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Angaben Patientin / Patient**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Studien-Patnr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Studiennummer: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

Studienname: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Radiopharmakon:

 CT: i.v. Kontrastmittel  Ja  Nein

**Klinische Angaben / bisherige Therapien:**
**Fragestellung:**

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_

 Diabetes mellitus:  Ja  Nein

 Wenn ja:  Insulin-pflichtig  Orale Medikation

 Patienten-CD dem Patienten mitgeben

 PACS / H-NET- Versand

Besprechungstermin am: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Befundkopie(n) an: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Intern auszufüllen:**

 Anonymisiert:  Ja  Nein

 Verrechnung:  Krankenkasse  Studie

**Terminplanung**

Hochladen durch: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_