

Anmeldung FDG PET/CT - Untersuchung

(Positronen-Emissions-Tomographie)

PET Diagnostik Bern

c/o Universitätsklinik für Nuklearmedizin
 Inselspital Bern, 3010 Bern
 Telefon 031 632 24 24
 Fax 031 632 17 54
 E-Mail: petdiagnostik@insel.ch

www.petdiagnostik.ch

Zuweisender Arzt

Anschrift (Name, Klinik, Adresse): _____

Telefon (Sucher) / Fax: _____

E-Mail: _____

Angaben Patientin / Patient

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnr: _____

Bitte aufbieten: schnellstmöglich ambulant stationär – wo? _____

Datum / Zeitraum: _____ Termin nach telefonischer Vereinbarung geplant am:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Radiopharmakon: FDG Andere _____ CT: i.v. Kontrastmittel Ja

Klinische Angaben / bisherige Therapien:

Bitte sorgen Sie dafür, dass uns die Voruntersuchung respektive der letzte Arztbericht zur Verfügung steht.

Fragestellung:

Gewicht: _____ kg Kontrastmittelallergie? Ja Nein Diabetes mellitus? Ja Nein

Aktuelle Medikation: _____ Wenn ja: Insulin-pflichtig Orale Medikation

Patienten-CD dem Patienten mitgeben

PACS / H-NET- Versand

Besprechungstermin am: _____

Zusätzliche Befundkopie(n) an: _____

Bemerkungen: _____

Bei Verhinderung bitte 24h vor der Untersuchung telefonisch abmelden. Erscheint der Patient nicht oder nicht nüchtern (6h), so muss das Radiopharmakon verrechnet werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____