

Anmeldung PET/CT

DIRANUK

Überörtliche Gemeinschaft (GbR)
für diagnostische und interventionelle
Radiologie und Nuklearmedizin

PET/CT Zentrum Bielefeld

33602 Bielefeld | Feilenstraße 1
Tel. 0521-9 64 53-233
Fax 0521-9 64 53-239



Patientendaten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
Krankenkasse	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.

- Privatpatient Selbstzahler gesetzliche Krankenversicherung
 ambulant stationär

Zuweiser

Name	Straße	PLZ, Ort
Telefon	Fax	eMail

Gewünschtes Untersuchungsdatum: _____

Angaben zum Patienten

Schwangerschaft.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Körpergewicht:	kg
Stillen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Körpergröße:	cm
Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kreatininwert (<2 Wochen):	mg/dl
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	TSH-Wert (<2 Wochen):	mIU/L
Metformin-Präparat	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (2 Tage vor Untersuchung absetzen)		
Insulin.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (kein Insulin am Untersuchungstag)		
Operation.....	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein was/wann?		
Chemotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann beendet?		
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann beendet?		
Voruntersuchung PET	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann/wo?		
Voruntersuchung CT	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann/wo?		

Klinische Angaben

--

Fragestellung

--