

# 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

--