

An:
Radiologie München
Max-Lebsche-Platz 30
81377 München
Tel: 089 / 212196 - 535
FAX: 089 / 212196-549

Anmeldebogen zur PET/CT Untersuchung
Blatt 1 von 2

Überweiser(in):

Praxisstempel /
Anschrift:

Direkte
Rückrufnummer Arzt:

Datum:

Gewünschtes
Untersuchungsdatum:

- baldmöglichst
 Wunschdatum

Diagnose:

Anamnese &
Anmerkungen:

Patient(in):

Nachname:

Geschlecht:

- M W

Vorname:

Krankenversicherung:

- Gesetzlich Privat
 Selbstzahler Studie

Geburtsdatum:

Telefonnummer
des Patienten:

Straße:

PLZ und Ort:

Land:

Diabetiker:

- Ja Nein

Kontrastmittelallergie:

- Ja Nein

TSH (<6 Wo):

Kreatinin (<6 Wo):

Anmeldebogen zur PET/CT Untersuchung Blatt 2 von 2: Skelett & Gefäße

Datum
Erstdiagnose:

Voruntersuchungen? NEIN
 PET/CT
 CT
 MRT

Bekanntes
TNM Stadium

Datum VU:

Knochtumor **Tumor der Weichteile**

Lokalisation:

Welche Tumorart?

Fragestellung

Diagnosesicherung bei Verdacht Staging Restaging

OP JA NEIN Wann? Was wurde operiert?

Chemotherapie JA NEIN
Strahlentherapie JA NEIN
V. a. Rezidiv JA NEIN
Metastasen? JA NEIN

Wo?

Großgefäßvaskulitis

Fragestellung:

Diagnosesicherung bei Verdacht Verlauf

Unter Therapie (z.B. Cortison)? JA NEIN Seit wann?

Osteomyelitis **Spondylodiszitis**

Lokalisation:

Fragestellung:

Diagnosesicherung bei Verdacht Verlauf

Unter Therapie (z.B. Antibiose)? JA NEIN Seit wann?

OP JA NEIN Was wurde operiert?