Patientenetikette

Name / Geburtsdatum

imagingpetscan

Privatinstitut für PET-CT Diagnostik

Mo-Fr 08:00-18:00 Uhr
und nach Vereinbarung
Fleischmarkt 19, 1010 Wien

+43 1 225 200
petscan@imaging.at
→ www.imaging.at/petscan

ZUWEISUNGSFORMULAR PET – CT

☐ F-18 FDG

- **Lungenkarzinom**
- **Lymphome**
- **Mammakarzinom**
- **CUP (cancer of unknown primary)**
- **Rezidivabklärung bei Tumormarker-Anstieg und unklarem oder negativem MRT/CT**

☐ F-18 PSMA

- **bei Prostatakarzinom**
  - Staging bei high-risk Karzinomen
  - biomedizinisches Rezidiv

☐ zusätzliches diagnostisches CT

- **Begründung / (Organ-) Region: _____**

Zuweisungsdiagnose bzw. Fragestellung:

Anamnestische Angaben, Therapien (Operationen, Enddatum der letzten Chemo-/Strahlentherapie, Immuntherapie bei PSMA ADT)

Klinische Informationen (relevante bildgebende Vorbefunde bitte schriftlich und via CD-ROM beilegen)

Kreatinin/GFR: ..... (__ / __ / ____)

TSH: ..... (__ / __ / ____)

Diabetes mellitus: ja / nein

Insulinpflichtig: ja / nein (Rücksprache bei ja)

Hyperthyreose: ja / nein

Metformin: ja / nein

Medikation: .....

Bitte um Rücksprache bei Metformingabe

Kontrastmittelallergie: ja / nein

Schwangerschaft ausgeschlossen: ja / nein

_____	_____	_____	_____	_____
Datum	**Name**	**Unterschrift & Stempel**	**telef. Erreichbarkeit**	**Chefärztliche Bewilligung**

Weitere Informationen zur Patientenvorbereitung unter imaging.at/petscan