

Patienten-Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefonnummer P: Telefonnummer G:

Nuklearmedizin
T +41 61 685 82 50
nuklearmedizin@claraspital.ch

St. Claraspital
Kleinriehenstrasse 30
Postfach, 4002 Basel
www.claraspital.ch

Anmeldung PET/CT-Untersuchung

Gewünschte Untersuchung:

- PET/CT Standard Fusion
PET/CT spez. Tracer Standard Fusion

Standard: low-dose CT in Atemmittellage, ohne KM
Fusion: hoch aufgelöstes diagnostisches CT (mit KM i.v./p.o.)

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt:

Datum/Unterschrift & Stempel:

Telefon:

Klinische Angaben (bitte unbedingt ausfüllen):

- Gewicht: kg Grösse: cm
- Schilddrüsenerkrankung bekannt? Ja Überfunktion
 Unterfunktion
 Nein
- Diabetes mellitus? Ja orale Antidiabetika
 Insulin
 Nein
- CT-Kontrastmittelallergie bekannt Ja Nein

Berichtkopie an:

PET-Voruntersuchung:

Wann: Wo:

Vereinbarter Untersuchungstermin:

Datum: Zeit:

CT-Voruntersuchung:

Wann: Wo:

Fragestellung / klinische Angaben / bisherige Therapien

Bemerkungen:

Gewünschte Dokumentation (bitte unbedingt ausfüllen):

- Ich wünsche die Bilder via Hnet
 Ich wünsche die Dokumentation auf Patienten-CD (Standard)
 Ich wünsche keine Bilder, nur den schriftlichen Befund