

Patienten-Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefonnummer P: Telefonnummer G:

Nuklearmedizin St. Claraspital
 PET/CT-Zentrum Kleinriedenstrasse 30
 Postfach
 4016 Basel
 T +41 61 685 82 52 www.claraspital.ch
 F +41 61 685 82 62
 nuk@claraspital.ch

Anmeldung PET/CT-Untersuchung

Gewünschte Untersuchung:

- Onko-PET/CT Standard (*) Fusion (*)
 Herz-PET/CT Standard (*) Fusion (*)
 Neuro-PET/CT Standard (*) Fusion (*)
 PET/CT Standard (*) Fusion (*)

Klinische Angaben:

Gewicht Patient: kg Kreatinin: µmol/L

Schilddrüsenerkrankung bekannt? Ja Nein
 Diabetes mellitus? Ja Nein

PET-Voruntersuchung:

Wann/Wo:

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt:

Datum: Telefon/Sucher:

Berichtkopie an:

Vereinbarter Untersuchungstermin:

Datum/Zeit:

Fragestellung/ klinische Angaben bisherige Therapien

Bemerkungen:

Gewünschte Dokumentation (unbedingt ausfüllen):

- Ich wünsche die Dokumentation auf Patienten-CD (Standard)
 Ich wünsche zusätzlich Dokumentation auf hochwertigem Papierausdruck
 Ich wünsche keine Bilder, nur den schriftlichen Befund
 Bitte schriftlichen Befund faxen. Fax-Nr.:

(*) Standard: hoch aufgelöstes low-dose CT in 40-Zeilen-Technik zur Absorptionskorrektur und anatomischen Koregistrierung
 Fusion: hoch aufgelöstes diagnostisches CT (ggf. i.v. und p.o. Kontrastmittel) mit zusätzlichem, radiologischem Befundbericht