

**PET/MR - Zuweisungsformular Universitätsklinik für  
Radiologie und Nuklearmedizin**

**RAD-NUK - FM**

gültig ab:24.9.2014

Version 01

Seite 1 von 2

Patient/inn/enetikette

- Sonderklasse
- gehend
- sitzend
- liegend
- darf nicht aufstehen

Patient/inn/enetikette

**ANFORDERUNG**

**PET/MR**  
 Studie       Narkose

**BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN**

**ZUWEISUNGSDIAGNOSE**

ANAMNESTISCHE ANGABEN (Therapie, OP's, Enddatum letzte Chemo-/Strahlentherapie, Zytokine, Medikamente)

**KLINISCHE INFORMATIONEN**

**RISIKOFAKTOREN**

Schwangerschaft       ja     nein  
 Infektiös (HIV, Hepatitis)       ja     nein

**Kontrastmittel**

Kontrastmittelallergie       ja     nein  
 (Latente) Hyperthyreose       ja     nein  
 Diabetes / Metformin-Therapie       ja     nein

Implantate: .....  
**(Implantatausweis mitnehmen!)**

Serum – Kreatinin: .....

Herzschrittmacher       ja     nein  
 Aneurysmaclips       ja     nein

Metall (FK, Implantate)       ja     nein

MRT Tauglichkeit abgeklärt       ja     nein

3 T durch .....

Die Patient/inn/en müssen vor der Untersuchung mindestens **4 Stunden nüchtern** sein.  
 Medikamenteneinnahme mit Wasser ist erlaubt.  
**Sämtliche relevante Voruntersuchungen sind inklusive Befund mitzubringen.**

Telefonische Terminvereinbarung unter +43-1/40400-2745 PET/MR ( zusätzlich **IMMER** faxen auf +43-1/40400-73411)

**VEREINBARTER TERMIN**

\_\_ - \_\_ - \_\_ / \_\_ : \_\_

**ZUWEISENDE ÄRZTIN, ZUWEISENDER ARZT**

.....  
 (Datum)

.....  
 (Unterschrift)

.....  
 (Telefon)

.....  
 (Name in Blockschrift)

.....  
 (Pager)

**PET/MR - Zuweisungsformular Universitätsklinik für  
Radiologie und Nuklearmedizin**

**RAD-NUK - FM**

gültig ab:24.9.2014

Version 01

Seite 2 von 2

**VON UNIV.KLINIK FÜR RADIOLOGIE UND NUKLEARMEDIZIN AUSZUFÜLLEN**

**Anmerkungen zur Untersuchung/Komplikationen** \_\_\_\_\_

.....  
.....  
.....  
.....

**Durchführung durch** \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt: .....

MTD: .....