



PET-CT Zuweisungsformular

RADNUK-NUK-FM

gültig ab: 19.02.2018

Version: 02

Seite **1** von **1**

Patient/inn/en-Etikette
Zuweisende Abteilung

- Sonderklasse
- gehend
- sitzend
- liegend
- Anästhesie
- Selbstzahler/in

Zusatzinformationen/CAVE:

Erreichbarkeit d. Pat. (Tel.):.....

Zuweisungsdiagnose (leserlich):	
Anamnestische Angaben, Therapie (OP's, Enddatum der letzten Chemo-/Strahlentherapie, Zytokine, Metallimplantate, Herzschrittmacher, Prothesen, OP-Clips, Medikamente):	
Klinische Informationen (Vorbefunde, Risikofaktoren):	Größe: cm Gewicht: kg Kreatinin: (_ / _ / _) TSH:.....(_ / _ / _)
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus-Medikation: insulinpflichtig: ja/nein	<input type="checkbox"/> Kontrastmittelallergie: vorbereitet? Ja/nein
<input type="checkbox"/> Metformin-hältige Antidiabetika: ja/nein	<input type="checkbox"/> Hyperthyreose bekannt: latent / manifest
<input type="checkbox"/> Infektion:	<input type="checkbox"/> nur CT (ohne Tracerapplikation)
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Stillen*	<input type="checkbox"/> Pat. besachwaltet
<input type="checkbox"/> Dolmetsch notwendig	
* Bei schwangeren oder stillenden Patientinnen ist unbedingt Rücksprache erforderlich!	

**Telefonische Terminvergabe unter +43-1-40400-55515 (Nuklearmedizin Leitstelle 3L, Schalter 4)
Bitte zusätzlich diese Zuweisung auf +43-1-40400-55520 (Nuklearmedizin Leitstelle 3L, Schalter 4) faxen.**

Die Patienten dürfen vor der Untersuchung mindestens **5 Stunden keine Nahrung** zu sich nehmen, sollten aber gut **hydriert sein (zucker- und kohlenstofffrei)**.

Vereinbarter Termin am _____ um _____ Uhr – Leitstelle 3L

PET Low-Dose Diagnostisch Kontrastmittel

Telefon

Name in Blockschrift (leserlich)

Datum

Funk/Pager

Unterschrift der zuweisenden Ärztin/des zuweisenden Arztes