

**PET/CT**

Praxisnetz Radiologie & Nuklearmedizin  
Haydnstraße 36  
53115 Bonn  
Tel: 0228 50202-0  
Fax: 0228 50202-199  
[petct@praxisnetz-bonn.de](mailto:petct@praxisnetz-bonn.de)

**Anmeldeformular PET/CT**

Deckblatt

**Patientendaten:**

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Patienten: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  Privat \_\_\_\_\_  Gesetzlich \_\_\_\_\_  SelbstzahlerGewünschtes Untersuchungsdatum:  zeitnah  Wunschzeitraum: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

**Anamnese & Nebendiagnosen:****Bisherige Therapie / Staging:**Tumormarker: welcher? \_\_\_\_\_  normal  angestiegen  gefallenB-Symptomatik:  Nachtschweiß  Gewichtsverlust > 10%  Fieber  \_\_\_\_\_Diabetiker:  ja  neinKontrastmittelallergie:  ja  nein

TSH (&lt; 6 Wochen): \_\_\_\_\_

Kreatinin (&lt; 6 Wochen): \_\_\_\_\_

**Überweiser/in:**

Anschrift / Stempel:

direkte Rückrufnummer: \_\_\_\_\_

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

# Anmeldeformular PET/CT

## Urogenitalsystem und Mamma

Patient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum der Erstdiagnose: \_\_\_\_\_ Vor OP?  ja  nein

TNM Stadium: \_\_\_\_\_

Voruntersuchungen?  ja welche?  CT  MRT  PET/CT Wann? \_\_\_\_\_  
 nein

-----  
 Uterus Ca

Cervix Ca

Ovarial Ca

Mamma Ca

links  rechts  beidseits

Hoden Ca

links  rechts  beidseits

*Hinweis:*

*Für die PSMA Prostata PET/CT steht Ihnen ein eigenes Anmeldeformular zur Verfügung!*

### Fragestellung:

Diagnosesicherung bei Verdacht  Staging  Restaging

Z. n. OP?  ja  nein Wann? \_\_\_\_\_

Was wurde operiert? \_\_\_\_\_

Chemotherapie  ja  nein Strahlentherapie  ja  nein

V. a. Rezidiv  ja  nein Metastasen  ja  nein

Wo? \_\_\_\_\_