

PET/CT

Praxisnetz Radiologie & Nuklearmedizin
Haydnstraße 36
53115 Bonn
Tel: 0228 50202-0
Fax: 0228 50202-199
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 (< 6 Wochen): _____

Kreatinin (< 6 Wochen): _____

Überweiser/in:

Anschrift / Stempel:

direkte Rückrufnummer: _____

Name des Arztes: _____

F18-PSMA bei Prostata Karzinom

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Datum der Erstdiagnose: _____ Vor OP? ja nein

TNM Stadium: _____

Voruntersuchungen? ja welche? CT MRT PET/CT Wann? _____
 nein

Fragestellung:

Diagnosesicherung bei Verdacht Staging Restaging

PSA: _____ Histologisch gesichert? ja nein Gleason Score: _____

Z. n. OP? ja nein Wann? _____

Was wurde operiert? _____

Antihormonelle Therapie? ja nein Kastrationsresistent? ja nein

Chemotherapie ja nein Strahlentherapie ja nein

V. a. Rezidiv ja nein Metastasen ja nein

Wo? _____

Hinweis:

Die PSMA PET/CT ist **keine** Leistung der gesetzlichen Krankenkasse!

Für gesetzlich versicherte Patienten bestehen die Möglichkeiten a) einer individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) oder b) die Kostenübernahme bei der Krankenkasse zu beantragen.

Wir helfen Ihnen gerne weiter.