Patienten-Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefonnummer P: Telefonnummer G:

st Claraspital
In besten Händen.

Nuklearmedizin

T +41 61 685 82 50
nuklearmedizin@claraspital.ch

St. Claraspital
Kleinriehenstrasse 30
Postfach
CH-4002 Basel
www.claraspital.ch

Anmeldung PET/CT-Untersuchung

Gewünschte Untersuchung:

PET/CT ☐ Standard ☐ Fusion
PET/CT spez. Tracer ☐ Standard ☐ Fusion

Standard: low-dose CT in Atemmittellage, ohne KM Fusion:
hoch aufgelöstes diagnostisches CT (mit KM i.v./p.o.)

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt:

Datum/Unterschrift & Stempel: **Telefon:**

Klinische Angaben (bitte unbedingt ausfüllen):

Gewicht: kg Grösse: cm

Schilddrüsenerkrankung bekannt? ☐ Ja ☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Nein

Diabetes mellitus? ☐ Ja ☐ orale Antidiabetika ☐ Insulin ☐ Nein

CT-Kontrastmittelallergie bekannt ☐ Ja ☐ Nein

Berichtkopie an:

PET-Voruntersuchung:
Wann: Wo:

CT-Voruntersuchung:
Wann: Wo:

Vereinbarter Untersuchungstermin:
Datum: Zeit:

Fragestellung/klinische Angaben/bisherige Therapien

Bemerkungen:

Gewünschte Dokumentation (bitte unbedingt ausfüllen):

☐ Ich wünsche die Bilder via Hnet
☐ Ich wünsche die Dokumentation auf Patienten-CD (Standard)
☐ Ich wünsche keine Bilder, nur den schriftlichen Befund