

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

m w

Name Geschlecht

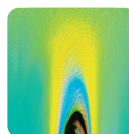
Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Allg. Geb.-Kl. Sonder Geb.-Kl. Selbstzahler

Klin. Hinweis
bzw. Diagnose



Universitätsklinik für Nuklearmedizin

Klinikdirektorin: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Irene Virgolini
6020 Innsbruck · Anichstraße 35

PET-Zentrum

Chirurgie-Gebäude · Haus 8 · 1.UG
Telefon +43 50 504 + DW

**Zuweisendes Krankenhaus /
Zuweisende Kostenstelle**

Kostenstellenetikette
hier positionieren
oder Station hier eintragen

ZuweiserIn

Name der/ des zuweisenden Ärztin/
Arztes (in BLOCKBUCHSTABEN)

Telefon/ DECT der/ des zuweisenden
Ärztin/ Arztes

Datum Unterschrift

Terminvereinbarung

Telefon -254 91
Telefax -67 254 98

Bei medizinischen Fragen

Telefon -809 48

Zuweisung zur Ganzkörperuntersuchung

PET PET mit CT (diagnostisch)

Tracer

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-FDG (Onkologie) – 8 h nüchtern | <input type="checkbox"/> ⁶⁸ Ga-DOTA-TOC (SST-Rezeptor) |
| <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-FDG (Entzündung) – 8 h nüchtern | <input type="checkbox"/> ⁶⁸ Ga-DOTA-Lanreotid |
| <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-FDG Herz (Vitalität) – 8 h nüchtern | <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-FES |
| <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-Cholin (Prostata-Ca) – 4 h nüchtern | <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-L-DOPA |
| <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-NaF (Skelett) | <input type="checkbox"/> ⁶⁸ Ga-PSMA-ligand |

Zuweisungsdiagnose und Fragestellung

Schwangerschaft/Stillzeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Orale Antidiabetika <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kontrastmittelallergie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreatininwert _____	TSH basal _____

Anamnese

Relevante Operationen Welche? _____ Wann? _____

Biopsie/ PE? Region? _____ Wann? _____
Histologie: _____

Strahlentherapie ja nein Region? _____ Wann? _____

Chemotherapie (Restaging-Abstand 6 Wochen, Frühresponse 2 Wochen): Wann? _____

PatientInnen-Daten (Nicht von ZuweiserIn auszufüllen!)

Größe _____ Gewicht _____ Blutzucker _____ mg %

Lage Venflon _____ Applikationszeit _____

Sedierung _____ Applizierende/r Ärztin/ Arzt _____