

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

m w

Name Geschlecht

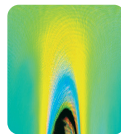
Vorname Geburtsdatum

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
8 – 11.30 Uhr und 13 – 16 Uhr
Telefax -67 254 98

Bei medizinischen Fragen

Telefon -809 48

Zuweisung zur cerebralen PET-Untersuchung

Tracer

- ¹⁸F-FDG – 8 h nüchtern ⁶⁸Ga-DOTA-TOC (SST-Rezeptor)
- ¹⁸F-FET – 4 h nüchtern ⁶⁸Ga-DOTA-Lanreotid
- ¹⁸F-FLT – 4 h nüchtern ¹⁸F-Amyloid

Zuweisungsdiagnose und Fragestellung

Anamnese

- Neurochirurg. Eingriff** ja nein Wann? _____
- Schädel-Hirn-Trauma** ja nein Wann? _____
- Strahlentherapie** ja nein Wann? _____
- Chemotherapie** ja nein Wann? _____
- Welche Chemotherapie? _____
- Diabetes** ja nein
- Symptomatik _____
- Medikamente _____

Vorbefunde

- Psychometrietest** ja nein **EEG** ja nein **Histologie** ja nein
- CT** ja nein **MRT** ja nein

PatientInnen-Daten (Nicht von ZuweiserIn auszufüllen!)

- Größe _____ Gewicht _____ Blutzucker _____ mg %
- Lage Venflon _____ Applikationszeit _____
- Sedierung _____ Applizierende/r Ärztin/ Arzt _____