

## Anmeldung für Untersuchung im Institut für Nuklearmedizin PET/CT-Zentrum

### Diagnostik

- Onko-PET/CT  
 PSMA-PET/CT  
 Infekt-PET/CT  
 Neuro-PET/CT       FDG       FET  
 Herz-PET/CT       Vitalität       Sarkoidose  
 Ga-68-Dotatate-PET/CT  
 Cholin-PET/CT  
 zusätzliche hochauflösende CT mit Kontrastmittel (Kreatinin belegen)

### Dringlichkeit

- Notfall       dringend (3-4 Arbeitstage)       nicht dringend

### Personalien

Name/Vorname: .....

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): .....  weiblich  männlich

Strasse/Nr.: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... Handy: .....

### Folgende Angaben benötigen wir für die Planung der Untersuchung:

Diabetes       Typ 1       Typ II      Medikamentendosis: .....

Insulindosis: .....

Port-a-Cath

Kreatinin .....  $\mu\text{mol/l}$  vom ..... (nicht älter als 3 Monate)

Krankengeschichte als Beilage

Grösse: ..... Gewicht: .....

### Diagnose/Fragestellung:

Stempel, Datum und Unterschrift des Arztes