

Anmeldung für PET/CT-Zentrum

Institut für Nuklearmedizin

Zentrum für Bildgebung

Institut für Nuklearmedizin
Sekretariat +41 56 486 38 80
nuklearmedizin@ksb.ch

Gewünschte Untersuchung

- | | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Onkologische | ☐ FDG | ☐ PSMA | ☐ _____ |
| ☐ Neurologisch | ☐ FDG | ☐ FET | ☐ Vizamyl |
| ☐ Herz | ☐ Rubidium | ☐ Sarkoidose | ☐ Vitalität |
| ☐ Infekt | | | |
| ☐ Dotatate | | | |
| ☐ Cholin | | | |
| ☐ zusätzliche hochauflösende CT mit Kontrastmittel | ☐ Kreatinin _____ | µmol/l vom _____ | |

1. Aufgebot

- ☐ Notfall (1-3 Arbeitstage) ☐ Dringend (3-5 Arbeitstage) ☐ Nicht dringend, KW _____

2. Personalien

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Wohnadresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

3. Medizinische Angaben

Körperregion: _____ ☐ links ☐ rechts ☐ ICD-10-code: _____

Diagnose/Fragestellung: _____

Bitte legen Sie der Anmeldung die aktuellen Laborwerte, die Medikamentenliste und, sofern vorhanden, die Anamnese/Krankengeschichte bei.

Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg

4. Allgemeine Infos

Diabetes: ☐ Typ I ☐ Typ II Medikamentendosis: _____

Schwangerschaft: ☐ nein ☐ ja

Bekannte Zugang sowie Port-a-Cath oder PICC: ☐ nein ☐ ja

Allergien: ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Befundkopie an: _____

Voruntersuchungen der zu Untersuchenden Region: ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wo? _____ Datum: _____

5. Unterschrift

Ort, Datum: _____

Name, Vorname Ärztin/Arzt; Unterschrift: _____

Stempel: _____