

An:  
Radiologie München  
Max-Lebsche-Platz 30  
81377 München  
Tel: 089 / 212196 - 535  
**FAX: 089 / 212196-549**

**Anmeldebogen zur PET/CT Untersuchung**  
**Blatt 1 von 2**

**Überweiser(in):**

Praxisstempel /  
Anschrift:

Direkte  
Rückrufnummer Arzt:

Datum:

Gewünschtes  
Untersuchungsdatum:

baldmöglichst

Wunschdatum

Diagnose:

Anamnese &  
Anmerkungen:

**Patient(in):**

Nachname:

Geschlecht:

M  W

Vorname:

Krankenversicherung:

Gesetzlich  Privat

Selbstzahler  Studie

Geburtsdatum:

Telefonnummer  
des Patienten:

Straße:

PLZ und Ort:

Land:

Diabetiker:

Ja  Nein

Kontrastmittelallergie:

Ja  Nein

TSH (<6 Wo):

Kreatinin (<6 Wo):

## Anmeldebogen zur PET/CT Untersuchung Blatt 2 von 2: Urogenitalsystem & Mamma

Datum  
Erstdiagnose:

Voruntersuchungen?  NEIN  
 PET/CT  
 CT  
 MRT

Bekanntes  
TNM Stadium

Datum VU:

- Uterus CA     Cervix CA     Ovarialkarzinom     Mamma CA  
 Hoden CA     links     rechts     beidseits

**Fragestellung:**

- Diagnosesicherung bei Verdacht     Staging     Restaging

OP     JA     NEIN    Wann?     Was wurde operiert?

Chemotherapie     JA     NEIN  
Strahlentherapie     JA     NEIN  
V. a. Rezidiv     JA     NEIN  
Metastasen?     JA     NEIN    Wo?

Anmeldungen für die PSMA PET/CT haben ein eigenes Anmeldeformular!