

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: Verdauungstrakt

Datum
Erstdiagnose:

Voruntersuchungen? NEIN
 PET/CT
 CT
 MRT

Bekanntes
TNM Stadium

Datum VU:

Ösophagus CA **Kolorektales CA** **Pankreas CA**

Anderer Tumor des Verdauungstraktes Welcher?

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?