

**PET/CT**

Praxisnetz Radiologie & Nuklearmedizin  
Haydnstraße 36  
53115 Bonn  
Tel: 0228 50202-0  
Fax: 0228 50202-199  
[petct@praxisnetz-bonn.de](mailto:petct@praxisnetz-bonn.de)



**Anmeldeformular PET/CT**

Deckblatt

**Patientendaten:**

**Datum:** \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Patienten: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  Privat \_\_\_\_\_  Gesetzlich \_\_\_\_\_  Selbstzahler

Gewünschtes Untersuchungsdatum:  zeitnah  Wunschzeitraum: \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Anamnese & Nebendiagnosen:**

**Bisherige Therapie / Staging:**

**Tumormarker:** welcher? \_\_\_\_\_  normal  angestiegen  gefallen

**B-Symptomatik:**  Nachtschweiß  Gewichtsverlust > 10%  Fieber  \_\_\_\_\_

**Diabetiker:**  ja  nein

**Kontrastmittelallergie:**  ja  nein

**TSH (< 6 Wochen):** \_\_\_\_\_

**Kreatinin (< 6 Wochen):** \_\_\_\_\_

**Überweiser/in:**

Anschrift / Stempel:

direkte Rückrufnummer: \_\_\_\_\_

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

# Anmeldeformular PET/CT

## Organbereich **Verdauungstrakt**



**Patient:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Datum der Erstdiagnose:** \_\_\_\_\_ **Vor OP?**  ja  nein

**TNM Stadium:** \_\_\_\_\_

**Voruntersuchungen?**  ja **welche?**  CT  MRT  PET/CT  
 nein

-----

**Ösophagus Ca**  **Kolorektales Ca**  
 **Pancreas Ca**  **anderer Tumor des Verdauungstraktes**  
Welcher? \_\_\_\_\_

### **Fragestellung:**

Diagnosesicherung bei Verdacht  Staging  Restaging

Z. n. OP?  ja  nein Wann? \_\_\_\_\_

Was wurde operiert?

Chemotherapie  ja  nein Strahlentherapie  ja  nein

V. a. Rezidiv  ja  nein Metastasen  ja  nein

Wo? \_\_\_\_\_