



PET-CT Fax-Anmeldung

Patient: Zuweiser:
Adresse und Telefonnummer
(Bitte unbedingt angeben)

Diagnose/ Fragestellung:

Letzte Chemotherapie, wann? _____

Letzte Strahlentherapie, wann? _____

Kontrasmittelunverträglichkeit: ja / nein

Diabetes: ja / nein

AZ des Patienten (zutreffendes bitte unterstreichen): mobil / kann mit Hilfe gehen / bettlägrig / eingeschränkte Compliance.

Blutwerte:

TSH: _____

Kreatinin: _____

Telefonnummer für Terminvereinbarung: _____ / _____

Bemerkung: Bitte senden Sie dieses Formular per Fax an die Abteilung für Nuklearmedizin am Universitätsklinikum, **Fax Nr.: 0941 944-7502**, nach Durchsicht Ihrer Angaben werden wir Sie umgehend zur Terminabsprache zurückrufen. **Tel.:0941 944 7511**