

**PET Diagnostik Bern AG**  
c/o Universitätsklinik für Nuklearmedizin  
Inselspital Bern, 3010 Bern  
Telefon 031 632 24 24 /  
Fax 031 632 17 54  
www.petdiagnostik.ch

**Zuweisender Arzt**

Anschrift (Name, Klinik, Adresse): \_\_\_\_\_

Telefon (Sucher) / Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Angaben Patientin / Patient**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr: \_\_\_\_\_

Bitte anbieten:      schnellstmöglich                      ambulant              stationär – wo? \_\_\_\_\_

Datum / Zeitraum: \_\_\_\_\_ Termin nach telefonischer Vereinbarung geplant am:

\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben / Fragestellung / bisherige Therapien:**

**Fragestellung:**

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      CT: i.v. Kontrastmittel    Ja      Kontrastmittelallergie?    Ja      Nein

Aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_

Patienten-CD dem Patienten mitgeben

PACS / H-NET- Versand

Besprechungstermin am: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Befundkopie(n) an: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Bei Verhinderung bitte 48h vor der Untersuchung telefonisch abmelden. Erscheint der Patient nicht, so muss das Radiopharmakon verrechnet werden.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_