

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 aufbieten: schnellstmöglich ambulant stationär – wo? _____

Datum / Zeitraum: _____ Termin nach telefonischer Vereinbarung geplant am:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Klinische Angaben / 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: _____