

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: _____

Radiopharmakon: FDG Andere _____ CT: i.v. Kontrastmittel Ja

Klinische Angaben / bisherige Therapien:
Fragestellung:

Gewicht: _____ kg	Kontrastmittelallergie? Ja Nein	Diabetes mellitus? Ja Nein
Aktuelle Medikation: _____		Wenn ja: Insulin-pflichtig Orale Medikation

Patienten-CD dem Patienten mitgeben

PACS / H-NET- Versand

Besprechungstermin am: _____

Zusätzliche Befundkopie(n) an: _____

Bemerkungen: _____

Bei Verhinderung bitte 24h vor der Untersuchung telefonisch abmelden. Erscheint der Patient nicht oder nicht nüchtern (6h), so muss das Radiopharmakon verrechnet werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____