PET DIAGNOSTIK BERN

Anmeldung PSMA PET / CT Untersuchung

(Positronen-Emissions-Tomographie)

PET Diagnostik Bern
c/o Universitätsklinik für Nuklearmedizin
Inselspital Bern, 3010 Bern
Telefon 031 632 24 24
Fax 031 632 17 54
E-Mail: petdiagnostik@insel.ch

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 / Fragestellung / bisherige Therapien:

1. Wie ist das Prostata-Ca bisher behandelt worden? (Bitte mit Datumsangabe und TNM-Stadium – alternativ einen aktuellen Arztbrief beilegen)

2. Wie ist der Gleason-Score? _____
3. Wie hoch ist der aktuelle PSA-Wert (Bitte mit Datum)? _____
4. Hat der Patient in den letzten 6 Monaten eine antihormonelle Therapie erhalten? ☐ Ja ☐ Nein
   a. Wie heisst die antihormonelle Therapie? _____
   b. Seit wann / bis wann / in welchem Zeitraum lief die antihormonelle Therapie?

   _____
5. Wurde eine Chemotherapie oder XOFIGO-Therapie durchgeführt? _____
6. Bitte tragen Sie die letzten 3 PSA-Werte mit Datum ein, alternativ die PSA-Verdopplungszeit, oder legen Sie bitte einen Laborausdruck mit dem PSA-Verlauf bei:

   _____

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: _____