

## Anmeldung F18-Cholin 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 / bisherige Therapien:

Bitte sorgen Sie dafür, dass uns die Voruntersuchung respektive der letzte Arztbericht zur Verfügung steht.

### 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: \_\_\_\_\_