

Anmeldung für ein PET-CT

Tel. Sekretariat : 0800 603 800 | Email : chvr.medecine.nucleaire@hopitalvs.ch

Angaben zum Patienten

Name : Adresse :

Vorname :

Geburtsdatum : Telefon :

☐ ¹⁸F-DG

☐ ¹⁸F-PSMA

☐ ¹⁸F-Cholin

• CT mit Iodhaltiges Kontrastmittel : ☐ Ja ☐ Nein

• Auf Bestrahlungstherapietisch: ☐ Ja ☐ Nein

Fragestellung :

Klinische Angaben

Gewicht : kg Grösse : cm

Bekannte Kontrastmittelallergie :

Blutzucker (nüchtern) : Datum :

Kreatinin (< 3 Monaten) : Datum :

Antidiabetika : ☐ Nein ☐ Ja (Medikamente/Administration)

Klaustrophobie : ☐ Nein ☐ Ja, Prämedikation

Laufende Behandlung

☐ Chemotherapie Datum der letzten Kur :

☐ Strahlentherapie Datum der letzten Bestrahlung :

☐ Gezielte Therapien Datum der letzten Kur :

☐ Immuntherapie Datum der letzten Kur :

☐ Andere :

Hämatopoetische Wachstumsfaktoren : ☐ Ja ☐ Nein Datum :

Auftraggebender Arzt (Stempel und Unterschrift) :

Telefon :

Befundkopie an :