



Formular Titel: VO PET-CT Anforderung F18-Cholin

Version: 10.1

Inhaltliche Verantwortung: Lukas Hehenwarter

Gültig ab: 30.08.2021

PET-CT Anforderung F18 Cholin

Formular bitte vollständig und leserlich ausfüllen!

Terminvereinbarung & Befundauskunft

Telefon: +43 (0) 5 7255-26666, Warteschleife 2

Mo-Do 07:30-12:30, Fr 07:30-12:00

Email: pet-office@salk.at

Fax: +43 (0) 5 7255-26698

PatientInnen-Etikett falls vorhanden.

PatientInnen-daten

Nachname: _____

Vorname(n): _____

Geb. Datum: _____ ♂ ♀

SVNr.: _____ (10 Stellen)

Versicherung: ÖGK BVAEB SVS andere: _____

Telefon: _____

Email: _____

Anschrift: _____

Infos zur Untersuchungsplanung

Zuweisungsdiagnose: _____

Fragestellung: _____

Indikation: Staging Re-Staging Therapiekontrolle Verlaufskontrolle

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Platzangst: nein ja

Primäre Therapie: Radikale Prostatektomie Radiotherapie

Laufende Therapie: Chemotherapie Radiotherapie Hormontherapie Antibiotikatherapie

Datum letzte PET-CT: _____ Institut: _____ mit KM: nein ja

Datum letzte CT: _____ Institut: _____ mit KM: nein ja

PSA: _____ ng/ml Datum Labor: _____

ZuweiserIn

ZuweisendeR ÄrztIn: _____

Tel. (inkl. Vorwahl): _____

Adresse: _____

Stempel / digitale Signatur ZuweiserIn

Hiermit bestätige ich als zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt, dass zuvor genannter PatientIn über diese PET-CT Untersuchung aufgeklärt wurde und dieses Formular, nach bestem Wissen, vollständig und lesbar ausgefüllt ist.

Ort, Datum

Unterschrift