



Formular Titel: 5_VO Anforderung PET-CT F18-Fluorid	Version: 10.1
Inhaltliche Verantwortung: Lukas Hehenwarter	Gültig ab: 30.08.2021

PET-CT Anforderung F18 Fluorid

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

PatientInnendaten

Nachname: _____
 Vorname(n): _____
 Geb. Datum: _____ ♂ ♀
 SVNr.: _____ (10 Stellen)
 Versicherung: ÖGK BVAEB SVS andere: _____
 Telefon: _____
 Email: _____
 Anschrift: _____

PatientInnen-Etikett falls vorhanden.

Informationen zur Untersuchungsplanung

Zuweisungsdiagnose: _____
 Fragestellung: _____
 Indikation: Orthopädisch Entzündung Staging Re-Staging
Therapiekontrolle Verlaufskontrolle
 Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm
 Platzangst: nein ja
 Kontrastmittelallergie: nein ja
 Datum letzte PET-CT: _____ Institut: _____ mit KM: nein ja
 Datum letzte CT: _____ Institut: _____ mit KM: nein ja
 Durchführung der PET-CT mit CT-Kontrastmittel (KM) gewünscht: nein ja
 Kreatinin: _____ mg/dl eGFR: _____ ml/min/KO TSH: _____ mU/L 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 _____