



Formular Titel: 6_VO Anforderung PET-CT Ga68-PSMA	Version: 2.1
Inhaltliche Verantwortung: Lukas Hehenwarter	Gültig ab: 30.08.2021

PET-CT Anforderung Ga68 PSMA

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-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