



Formular Titel: Formular Anforderung PET-CT F18-Cholin NSD

Version: 8.1

Inhaltliche Verantwortung: Lukas Hehenwarter

Gültig ab: 30.08.2021

PET-CT Anforderung Nebenschilddrüse

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: \_\_\_\_\_

Informationen zur Untersuchungsplanung

Zuweisungsdiagnose: \_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_

Indikation:  Primärer Hyperparathyreodismus  Therapiekontrolle  Verlaufskontrolle

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Platzangst:  nein  ja

Kontrastmittelallergie:  nein  ja

Datum letzte DXA: \_\_\_\_\_ Institut: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Zuweisern

ZuweisendeR ÄrztIn: \_\_\_\_\_

Tel. (inkl. Vorwahl): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stempel / digitale Signatur Zuweisern

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