

ANMELDUNG PET / CT**PATIENTENDATEN**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon / Fax

Kostenträger:

 Privat Selbstzahler Kasse Krankenhaus**KLINISCHE ANGABEN**

Gewicht _____ kg, Größe _____ cm

TSH: _____, Datum: _____

Kreatinin: _____, Datum: _____

Kontrastmittelallergie bekannt? ja neinDiabetes mellitus? ja neinMetformin? ja nein

Fragestellung/Indikation

Bemerkungen

ÄRZTIN / ARZT

Name

Krankenhaus

Station

Telefon

Fax

Medikamente

Voruntersuchungen

Verlauf/Therapien

Unterschrift