Knappschaft Kliniken Universitätsklinikum Bochum | Knappschaft Kliniken MVZ Universitätsklinikum Bochum
In der Schornau 23-25 | 44892 Bochum | Tel.: 0234 / 299-84600 | Fax: 0234 / 299-385044892 Bochum

PET/CT-Anforderung

Zuweisende Klinik/Praxis/Station:	**Patienteninformation**
Arzt/Ärztin:	Name, Vorname:
Tel.:	Geb. am:
Fax: (zur Befundmitteilung)	Tel.-Nr.:
Terminwunsch: ☐ schnellstmögl. /	☐ Ambulant ☐ Stationär / prä-/post-stationär
Durch Nuklearmedizin auszufüllen:	Versicherungsstatus: ☐ Privat ☐ GKV
Termin: Uhrzeit:	Größe [cm]: Gewicht [kg]:

Gewünschte Untersuchung:
PET inkl. nativer low-dose CT (PET/CT)

- Diabetes bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
  - Therapie mit Insulin? ☐ Ja ☐ Nein
    - Wann erfolgen Insulin-Gaben (z. B. Basis-Bolus-Konzept?) _____
- Frage nach Infektfokus/Endokarditis? (Diätprotokoll erfragen) ☐ Ja ☐ Nein
- Patient kontinent / bei Inkontinenz mit Katheter versorgt? ☐ Ja ☐ Nein
- Patient gehfähig? ☐ Ja ☐ Nein (☐ *bettlägerig* / ☐ *im Stuhl*)

Tracer: ☐ **FDG** ☐ PSMA ☐ DOTATOC ☐ Cholin ☐ DOPA ☐ SONSTIGE: _____

Standarduntersuchungsbereich: Schädelbasis bis Mitte Oberschenkel

Der Standarduntersuchungsbereich wird bei bestimmten Fragestellungen durch den Nuklearmediziner erweitert

☐ **zusätzlich zum Standarduntersuchungsbereich weitere vom Zuweisenden gewünschte Regionen:**
(die Indikation hierfür wird durch den Nuklearmediziner geprüft)
Ergänzende Untersuchungsregion: ☐ Schädel ☐ Arme ☐ Beine

Anamnese: _____

Fragestellung: _____

Besonderheiten (z. B. Dialysetage oder Grund für die Erweiterung des Untersuchungsbereiches, sofern nicht ersichtlich):

Telefonische Anmeldung PET: 0234/299-84600
Bitte anschließend diese Anforderung (& ggf. weitere Unterlagen) per Fax an 0234/299-3850

Der Patient (bei stationären Patienten die Station) wird durch uns über den Untersuchungstermin informiert.
Bitte oben eine Faxnummer zur zeitnahen Befundübermittlung angeben.

Revision: 3
Erstelldatum 08.01.2025

Indikation geprüft: _____.
(fachkundiger Nuklearmediziner)