



Anmeldebogen Hirn-Bildgebung per Fax an 0221-478-7646

Zuweiser:
Klinik/Praxis:

Arzt:

Tel./Funk:
Fax:

Patient:
Name, Vorname:
geb. am:
wohnhaft:
Krankenkasse:
Versicherungs-Nr.:
Tel.-Nr. Patient:

Klinische Angaben:

1. Neurodegenerative Erkrankungen/Hirnfunktionsstörungen
Fragestellung:

<input type="checkbox"/> Alzheimer-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Frontotemporale Lobärdegeneration
<input type="checkbox"/> Parkinson-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Lewy-Körperchen-Demenz
<input type="checkbox"/> atypisches Parkinson-Syndrom (PSP, CBS, MSA-C, MSA-P)	<input type="checkbox"/> Enzephalitis/entzündliche Veränderung

Gewünschte Untersuchung:

FDG-PET (**6 Stunden nüchtern**) Amyloid-PET Tau-PET DaTSCAN™
 dynamisch statisch statisch zweizeitig

Diagnostische Parameter:
MMST: _____ Liquor-Demenzmarker: _____
Sonstige: _____

2. Hirntumordiagnose
Fragestellung:

unklarer Primärherd in der MRT mit V.a. Hirntumor (DD niedriggradiges Gliom) Therapiemonitoring
 V.a. Hirntumorrezidiv in der MRT bei vorbehaltendem zerebralen Gliom/Hirnetastase
 V.a. Metastasen Meningeom

Gewünschte Untersuchung:

FET-PET (**4 Stunden nüchtern**) Dotatate-PET
 dynamisch statisch statisch zweizeitig

Diagnostische Parameter:
WHO-Grad/IDH-Mutation: _____ Bisherige Therapie (OP,RTX,CTX): _____
Sonstige: _____

Gewünschter Termin:

Frei festzulegen Definierter Zeitraum: _____
 Patient ist nicht einwilligungsfähig. Kontaktdaten des gesetzlichen Betreuers: _____

Bitte aktuellen **Arztbrief und Befunde** von vorheriger Bildgebung (cMRT, cCT) +**externe Bilddaten**, wenn möglich dieser Anmeldung beifügen/mitbringen.

Terminzusagen der Nuklearmedizin (per Fax zurück)
Telefonische Rückfragen: Sekretariat Janine Siebert 0221 478-5024, Terminfragen – 39210