



Anmeldebogen Hirn-Bildgebung

Zuweisende Klinik/Praxis/Station:

Arzt/Ärztin: _____

Telefon/Mobil: _____

Terminwunsch: _____

Durch Nuklearmedizin auszufüllen:

Termin: _____ Uhrzeit: _____

Patienten/-innen Information:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____

Tel.-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Klinische Angaben:

1. Neurodegenerative Erkrankungen/Hirnfunktionsstörungen

Fragestellung:

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

Gewünschte Untersuchung:

- FDG-PET (6 Stunden nüchtern) Amyloid-PET Tau-PET DaTSCANTM
 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/Hirnmetastase 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 Definiertes Zeitraumbereich: _____

Patient ist nicht einwilligungsfähig.

Kontaktdaten des gesetzlichen Betreuers: _____

Diese Anforderung sowie den aktuellen Arztbrief und weitere Befunde

bitte vorab per E-Mail an: nuk-diagnostik@uk-koeln.de

oder per Telefax: 0221 478-7646

Telefonische Anmeldung: 0221 478-85527 und 0221 478-85528