



PET/CT-Anforderung

Zuweisende Klinik/Praxis/Station:

Arzt/Ärztin: _____

Telefon/Mobil: _____

Terminwunsch: _____

Durch Nuklearmedizin auszufüllen:

Termin: _____ Uhrzeit: _____

Patienten/-innen Information:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Versicherungsstatus: ☐ Privat ☐ GKV

Gewünschte Untersuchung:

PET inkl. nativer low-dose CT

Diabetes bekannt?

Ja ☐ Nein ☐

- Therapie mit Insulin?

Ja ☐ Nein ☐

Frage nach Entzündungsfokus? (CAVE: Diätprotokoll)

Ja ☐ Nein ☐

Tracer: ☐ FDG ☐ DOTATATE/-TOC ☐ FAPI ☐ SONSTIGE: _____

☐ zusätzlich zur PET/CT ergänzende diagnostische CT (Kontrastmittel-gestützt):

Untersuchungsregion: ☐ Hals ☐ Thorax ☐ Abdomen inkl. Becken

Nierenerkrankung?

Ja ☐ Nein ☐

Schilddrüsenüberfunktion?

Ja ☐ Nein ☐

Allergie gegen iodhaltiges Kontrastmittel?

Ja ☐ Nein ☐

TSH: _____ mU/l vom: _____

Kreatinin: _____ mg/dl GFR: _____ ml/min vom: _____

Anamnese:

Fragestellung:

Besonderheiten (z.B. diagnostische CT ohne Kontrastmittel, Ausweitung der PET-Untersuchungsregion):

Studienpatient: Ja ☐ Nein ☐

Studienname: _____

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

FÜR PSMA-PET
und Hirn-Bildgebung
gelten gesonderte
Anmeldebögen!