

Eingangsdatum:



Spitalerstr. 8, 2. OG

20095 Hamburg

Fax: 040 380 11-455

info@petct-zentrum-hamburg.de

## Kostenträger

☐ GKV   ☐ PKV   ☐ Selbst   ☐ \_\_\_\_\_

Versicherung, Vers.-Nr.

Name, Vorname

Geb. Datum

Strasse

PLZ, Ort

Telefon, E-Mail/Fax

Stempel o.ä. inkl. Kontaktdaten:

**Vergebener Termin am**

Kreatinin: \_\_\_\_\_ TSH: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus: ☐ Nein Typ I ☐ Typ II ☐

**Bei FDG-PET/CT**

- Strenge Nüchternheit am Untersuchungstag (nur bei FDG)
- 1 Liter stilles Wasser vorher trinken
- Tabletten regulär einnehmen (auch Diabetes-Tabletten)
- Rücksprache bei Insulinpflicht

### Alle PET/CT

- Vorbefunde mitbringen inkl. CDs, Zugriffscodes

- Selbstzahler

☐ #petindi \_\_\_\_\_

☐ GKV/EBM    ☐ ASV☐ ASV Team-Nr.

- Selbsteinschluss

- ASV-Einschluss über Q21

- Q21 Doku vorbereitet

☐ Q21 Termin

- KoÜA vorbereiten

☐ KoÜA verschickt \_\_\_\_\_

Kürzel Arzt

- F-18 FDG

☐ F-18 PSMA-1007

☐ Ga-68 PSMA

☐ Ga-68 HA-DOTATOC

☐ F-18 Florbetaben

☐