

PET/CT

FAX-Anmeldung unter 089 52055203



Patient	Anfordernde Stelle/Überweisender Arzt
Name, Vorname, _____ Geburtsdatum _____	Ansprechpartner _____
Straße _____	Faxnummer _____
Ort _____ Telefon _____	Datum _____ Unterschrift _____
Versicherungsstatus/ggf. Kostenübernahme _____	Telefon für Rückfragen _____

Wunschtermin (Der Patient muss zwingend (mind. 6 Std.) nüchtern erscheinen!)

Anamnese/Fragestellung: _____

Bisherige Diagnose und Therapie:

(Operationen, Therapien etc. bitte mit Zeitangaben, sofern relevant) Vordiagnostik bitte möglichst auf CD mitgeben bzw. vorab einlesen lassen!

Operation: ja nein wann? _____

Chemotherapie ja nein wann beendet? _____

Strahlentherapie ja nein wann beendet? _____

Voruntersuchung PET ja nein wann/wo? _____

Voruntersuchung CT ja nein wann/wo? _____

Kontrastmittelallergie ja nein

Patientendaten:

Diabetes mellitus ja nein Falls ja, bitte Rücksprache

Insulin

Orale Med., Metformin-Pause am Untersuchungstag erforderlich!

Aktuelle Werte Kreatinin: _____ TSH: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

(< 2 Wochen) Medikation: _____

So erreichen Sie uns:

Englschalkinger Straße 77, 81925 München (Neben dem Haupteingang im Klinikum Bogenhausen)

U-Bahn: U4 (Arbellapark) - Bus: 59,154,184,186,189 (Klinikum Bogenhausen)

Telefon
089 - 52055 - 0

Telefax
089 - 52055 - 203

E-Mail
kontakt@diagnostik-muenchen.de

Internet
www.diagnostik-muenchen.de