

Patientenetikett  
Name/Geb. Dat./ Vers.



**Wiener Krankenanstaltenverbund  
Wilhelminenspital  
Institut für Nuklearmedizin mit PET-Zentrum**  
Vorstand:  
Prim. Univ. Prof. Dr. Siroos Mirzaei, MBA  
Montleartstraße 37  
A-1160 Wien  
Tel.: +43 1 49150 3601  
Fax: +43 1 49150 3629  
E-Mail: wil.nuk@wienkav.at  
http://www.wienkav.at/wil

**Terminvereinbarung: 01-49150/3606  
PET-CT Fax: 01-49150/3629**

## PET-CT Zuweisung

Zugewiesen von: ..... Tel.: ..... (Pat. Tel.: .....)

PatientIn dzt. Stationär auf Station: ..... Dringlichkeit: Routine/Eilig

PET-Termin vereinbart für den: .....

Transport: gehend/sitzend/liegend/Rollstuhl/Betttransport

Platzangst: Ja/Nein

KM-Allergie: Ja/Nein

Jodallergie: Ja/Nein

Schwangerschaft/Stillen: Ja/Nein

| PET-CT                                   |  | PET   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> F-18 FDG-PET    | <input type="checkbox"/> Cu-64 DOTANOC   | <input type="checkbox"/> F18-FDG Herz PET   |
| <input type="checkbox"/> F18 Fluorid-PET | <input type="checkbox"/> J-124           | <input type="checkbox"/> F18-FDG Gehirn PET |
| <input type="checkbox"/> F18 DOPA-PET    | <input type="checkbox"/> Sonstige PET-CT | <input type="checkbox"/> F18-FDG Vizamyl    |
| <input type="checkbox"/> F18 Cholin-PET  |  | <input type="checkbox"/> F18-Tyrosin        |
| <input type="checkbox"/> Cu-64 PSMA      |  | <input type="checkbox"/> Sonstige PET       |

Untersuchungsrelevante Diagnose bzw. Fragestellung (relevanter CT/MR Befund)::  
.....  
.....  
.....

Laufende Therapie: .....  
.....

DM: Ja / Nein      Insulinpflichtig: Ja / Nein      letzter BZ (mg%):.....

Metforminhaltige Medikamente: Ja / Nein      Implantate: Ja / Nein.....

Kreatin (mg/d):.....      Nierenerkrankungen: Ja / Nein.....

TSH (µU/ml):.....      Hyperthyreose: Ja / Nein.....

Operation am:.....      CHT zuletzt am:.....      Radiatio zuletzt am: .....

Körpergröße:.....cm      Körpergewicht:.....kg

Die PatientInnen müssen vor der Untersuchung mindestens 6 Stunden nüchtern sein!  
(Ausnahme: Leitungswasser ohne Zusätze).

Datum.....      Unterschrift:.....  
(Name in Blockschrift)

