USZ Universitäts Spital Zürich

Klinik für Nuklearmedizin
Tel.: +41 (0)44 255 35 55
E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch
Web: www.usz.ch/nuk

Anmeldung PET/CT & PET/MRI

FDG / DOTATATE / DOPA / PSMA / CHOLIN

Name, Vorname
Strasse:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
Geburtsdatum:
Geschlecht: ☐ **männlich** ☐ **weiblich**

Auftraggeber/Zuweiser: (Stempel oder Blockschrift)

Gewünschte Befundübermittlung:
(Bildversand via Mail nicht möglich)

Email ☐ _____
Fax ☐ _____
H-NET ☐ _____
Post ☐ _____

Körpergewicht und -grösse:
Aufgrund der Substanzvorbereitung (Radiopharmakon) für den Patienten sind Körpergewicht und -grösse ein entscheidender Faktor. Deswegen bitten wir Sie um diese Angaben.

Körpergrösse/ Körpergewicht:

Falls Terminvergabe bereits erfolgt:

Zeit: Datum:

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit melde ich oben genannten/e Patienten/in zu folgender Untersuchung an (bitte entsprechendes ankreuzen):

Problemorientierte Abklärung gemäss Fragestellung ☐

	PET/CT	PET/MR
^{18}F-FDG	☐	☐
mit zusätzlicher KM-CT	☐	
mit MRI Gehirn	☐	☐
mit MRI ☐ Hals ☐ Thorax ☐ Leber ☐ Abdomen ☐ Becken		
^{68}Ga-DotaTATE	☐	☐
mit zusätzlicher KM-CT	☐	☐
Sandostatin-Therapie: ☐ Ja ☐ Nein		
falls ja, Datum der letzten Injektion:		
^{18}F-DOPA	☐	
mit zusätzlicher KM-CT	☐	
^{18}F-PSMA	☐	☐
^{18}F-Cholin	☐	☐

Bei Nebenschilddrüsenadenom bitte PTH-Wert angeben

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Bemerkungen:

Bei Unklarheiten oder Fragen bez. der optimalen Bildgebungsmodalität sind wir jederzeit direkt für Sie erreichbar unter der direkten ärztlichen Hotline 044 255 15 02.

Ihre Anmeldung wird an Patienten-Disposition NUK übermittelt. Die Zuweisung erfolgt (bitte zutreffendes ankreuzen):
persönlich an ○ Prof. Dr. M. Hüllner, ○ Prof. Dr. L. Husmannn, ○ Dr. A. Maurer, ○ PD Dr. M. Messerli
○ Dr. U. Mühlematter, ○ Dr. C. Mader, ○ Dr. S. Beintner-Skawran, ○ PD Dr. K. Stumpe oder ○ Dr. J. Schaab
○ sonstige: _____

PDF-Formulare bitte zuerst lokal abspeichern, bevor Sie es senden.

Formular speichern **Anmeldung versenden**