

# 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:

Email  \_\_\_\_\_

inkl. Bilder

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

### <sup>18</sup>F-FDG

mit zusätzlicher KM-CT

mit MRI Gehirn

mit MRI  Hals  Thorax  Leber  Abdomen  Becken

### <sup>68</sup>Ga-DotaTATE

mit zusätzlicher KM-CT

Sandostatin-/ SomatulineTherapie:    Ja  Nein

falls ja, Datum der nächsten Injektion:

### <sup>18</sup>F-DOPA

mit zusätzlicher KM-CT

### <sup>18</sup>F-PSMA

### <sup>18</sup>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. Husmann,    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.