

PET/CT

Praxisnetz Radiologie & Nuklearmedizin

Haydnstraße 36 53115 Bonn

Tel: 0228 50202-127

PET-CT Hotline: 0151 462046569

Fax: 0228 50202-199

petct@praxisnetz-bonn.de



Anmeldeformular PET/CT

Deckblatt

Patientendaten:

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer des Patienten: _____

Krankenversicherung: Privat _____ Gesetzlich _____ Selbstzahler

Gewünschtes Untersuchungsdatum: zeitnah Wunschzeitraum: _____

Diagnose: _____

Anamnese & Nebendiagnosen:

Bisherige Therapie / Staging:

Tumormarker: welcher? _____ normal angestiegen gefallen

B-Symptomatik: Nachtschweiß Gewichtsverlust > 10% Fieber

Diabetiker: ja nein

Kontrastmittelallergie: ja nein

TSH (< 6 Wochen): _____

Kreatinin (< 6 Wochen): _____

Überweiser/in:

Anschrift / Stempel:

direkte Rückrufnummer:

Name des Arztes:

Anmeldeformular PET/CT

Organbereich **Verdauungstrakt**



Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Datum der Erstdiagnose: _____ Vor OP? ja _ nein

TNM Stadium: _____

Voruntersuchungen? ja welche? CT MRT PET/CT
nein

Ösophagus Ca

Kolorektales Ca

Pancreas Ca

anderer Tumor des Verdauungstraktes

Welcher? _____

Fragestellung:

Diagnosesicherung bei Verdacht Staging Restaging

Z. n. OP? ja nein Wann? _____

Was wurde operiert?

Chemotherapie ja nein Strahlentherapie ja nein

V. a. Rezidiv ja nein Metastasen ja nein

Wo? _____

PET/CT

Praxisnetz Radiologie & Nuklearmedizin Haydnstr. 36 53115 Bonn

Tel.: 0228 50202-127

PET-CT Hotline: 0151 46204569

Fax: 0228 50202-199



PET-CT Antrag zu Kostenübernahme bei der Krankenkasse

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse

inkl. Versichertennummer: _____

Diagnose: _____

möchten wir die Kostenübernahme für ein

- FDG PET
- PSMA PET
- DOTATOC PET

beantragen.

Wir bitten um eine zeitnahe Bearbeitung und Rückmeldung unter

petct@praxisnetz-bonn.de

PET Hotline: 0151 – 46 20 45 69

Fax: 0228 50 20 2199

Ihrerseits.

Anbei übersenden wir Ihnen:

- Befunde
- Tumorboardbeschluss
- Pathologiebefund

Mit freundlichen Grüßen

Datum:

Stempel / Unterschrift Arzt

Datum:

Stempel / Unterschrift Arzt

Datum:

Stempel / Unterschrift Arzt

Ich bin damit einverstanden, dass der Antragsteller notwendige Klärungen/Rückfragen vornimmt, die für die Bewilligung des Antrags unverzichtbar sind. Insbesondere entbinde ich meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht. Hinweise zum Datenschutz zur Erfüllung der der behandelnden Ärzte übertragenen Aufgaben werden die personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet.

Datum:

Unterschrift Patient: