



UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Nuklearmedizin
 Tel.: +41 (0)44 255 18 18 Durchwahl 3
 E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch
 Fax: +41 (0)44 255 44 14
 www.nuk.usz.ch

Anmeldung PET/CT & PET/MRI

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 des Patienten.

Körpergrösse/ Körpergewicht:

Angemeldet für:

Zeit: _____ Datum: _____

Sehr geehrte/r

Herr Prof. Dr. P. Stolzmann; Herr Prof. Dr. L. Husmann; Herr PD Dr. M. Hüllner; Frau Dr. C. Mader

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Hiermit melde ich oben genannten Patienten zu folgender Untersuchung an:

Problemorientierte Abklärung gemäss Fragestellung

PET / CT

¹⁸F-FDG-PET/CT

¹⁸F-FDG-PET/CT inkl. Hirn MRI

⁶⁸Ga-DotaTATE-PET/CT

Sandostatin Therapie Ja Nein

Falls ja, Datum der letzten Injektion _____

¹⁸F-DOPA-PET/CT

¹⁸F-Fluorid-PET/CT

Mit zusätzlicher KM-CT _____

PET / MRI

¹⁸F-FDG-PET/MRI Teil- oder Ganzkörper

¹⁸F-FDG-PETMR inkl. Diagnostisches MRI:

Hirn HNO Leber

Becken Abdomen

Klinische Angaben:

Fragestellung :

Bemerkungen: