

# USZ Universitäts Spital Zürich

Klinik für Nuklearmedizin

Tel.: +41 (0)44 255 35 55

E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch

Web: 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.

**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
<b><sup>18</sup>F-FDG</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit zusätzlicher KM-CT	<input type="checkbox"/>	
mit MRI Gehirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit MRI <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Becken		
<b><sup>18</sup>F-Fluorid (Skelett)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit diagnost. CT / MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><sup>68</sup>Ga-DotaTATE</b>	<input type="checkbox"/>	
mit zusätzlicher KM-CT	<input type="checkbox"/>	
Sandostatin-Therapie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
falls ja, Datum der letzten Injektion: _____		
<b><sup>18</sup>F-DOPA</b>	<input type="checkbox"/>	
mit zusätzlicher KM-CT	<input type="checkbox"/>	

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  PD Dr. M. Hüllner,  Prof. Dr. L. Husmann,  PD Dr. M. Wissmeyer,  Dr. A Maurer,  
 Dr. M. Messerli,  Dr. H. Grünig oder  Dr. C. Mader sonstige: