Nuklearmedizin – Anmeldung PET-CT

www.h-och.ch/radiologie-nuklearmedizin

Prof. Dr. med. Dr. phil. F. Forrer
Leiter Nuklearmedizin

hoch Health Ostschweiz

Untersuchungsort

☐ **Nuklearmedizin Kantonsspital St.Gallen**
+41 71 494 22 84 / nuklearmedizin@h-och.ch

☐ **Nuklearmedizin Ambulatorium Rorschach**
Standort **Wiesenstrasse** (MRT • PET-CT)
+41 71 494 22 84 / nuklearmedizin@h-och.ch

Patient/in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Kostenträger ☐ Krankenkasse ☐ Unfallversicherung ☐ Invalidenversicherung

Name der Versicherung

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Vers.-Nr.

Unfalldatum

Arbeitgeber

Gewünschte Untersuchung ☐ **PET-CT FDG** ☐ **PET-CT andere Tracer**

Klinische Angaben

Fragestellung

Termin ☐ Wunschtermin: ☐ Dringend ☐ Termin bereits vereinbart auf:

Erforderliche Angaben

Kreatinin (µmol/l) oder Kreatininclearance (ml/min) vom (Datum)

Diabetes ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Metformin ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Hyperthyreose ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Grösse (cm)

Schwangerschaft ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt Gewicht (kg)

Allergien / Besonderes

Befundübermittlung

Gewünschte Befundübermittlung

☐ HIN-eMail ☐ Brief

Telefonische Befundübermittlung an

☐

Befundkopie an

☐

Angaben Zuweiser/in (vollständige Adresse inkl. Telefon)

Datum:

Auswärtige Vergleichsaufnahmen bitte mitgeben!