

# Anmeldung zur PET/CT

per Fax: 03641 9329802 oder E-Mail: nuklearmedizin@med.uni-jena.de

Aktuelle Anmeldeformulare / Aufklärungsbögen unter: [www.nuklearmedizin.uniklinik-jena.de](http://www.nuklearmedizin.uniklinik-jena.de), Tel.: 03641 9 329801

|                  |   |
|------------------|---|
| Patientenetikett | Krankenkasse:<br>Telefon Patient:<br><br>Zuweiser:<br>Telefon Zuweiser: |
|------------------|---|

**Gewünschte Untersuchung (Terminvergabe erfolgt nur nach vollständiger Anmeldung!)**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Ganzkörper-PET:</b><br><input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-FDG (allg. Onkologie, Entzündung)<br><input type="checkbox"/> <sup>68</sup> Ga-PSMA (Prostatakarzinom)<br><input type="checkbox"/> <sup>68</sup> Ga-DOTATOC (neuroendokrine Tumore)<br><input type="checkbox"/> ..... | <b>Neuro-PET:</b><br><input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-FDG (Degeneration)<br><input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-FET (Gliome)<br><input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-Vizamyil (β-Amyloid)<br><input type="checkbox"/> ..... | <b>Organ-PET:</b><br><input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-FDG (Myokard-Vitalität)<br><input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-Cholin (Hyperparathyreoidismus)<br><input type="checkbox"/> <sup>68</sup> Ga-Exendin (Insulinom)<br><input type="checkbox"/> ..... |
|--|--|--|

**Diagnose / Anamnese** (Erstdiagnose, TNM, bisherige Therapien mit Zeitpunkt / Dauer):

---

**Konkrete Fragestellung:**

---

Wurde ein Kostenübernahmeantrag gestellt?  Nein  Ja, am:

|                      |   |  |
|----------------------|---|--|
| Größe:<br>_____ cm   | Diabetes mellitus? <input type="checkbox"/> Nein<br>(für <sup>18</sup> F-FDG) <input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> NIDDM<br><input type="checkbox"/> IDDM | Nüchtern (ab 20 Uhr Vorabend), klares Wasser erlaubt.<br>Nüchtern, volle Dosis orale Antidiabetika am Morgen der PET/CT.<br>Zuckerkanz ab Vorabend, am Morgen der PET/CT um 7 Uhr:<br>volle Dosis Kurzzeitinsulin + halbes Brötchen mit ausschl. Butter.<br>Insulin-Pen mitbringen. Rücksprache bei Langzeitinsulin erbeten. |
| Gewicht:<br>_____ kg |   |  |

Aktuelle Bildgebung vorhanden?  Nein  Ja **Bitte Bildmaterial und schriftlichen Befund mitgeben/übersenden!**

Modalität / Region: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Modalität / Region: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Zusätzl. Kontrastmittel-CT gewünscht?  Nein  Ja KM-Allergie bekannt  Nein  Ja

Nein  Ja **Aktuelles TSH:** \_\_\_\_\_ **Kreatinin:** \_\_\_\_\_ (< 4 Wochen alt)

**Wunschtermin:**  
**Vereinbarter Termin:**

**Arztunterschrift und Stempel, lesbare Tel.-Nr.:**

**Bitte externe Krankenakte mitgeben.  
 Vorbereitung / Nüchternheit beachten!**

|  |   |
|--|---|
| <p><b><u>Nur durch Nuklearmedizin auszufüllen!</u></b></p> ASV (§116 SGB V, interdisz. via UKJ-Kernteam): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> .....<br>Ambulante Indikationen nach G-BA (FDG, s.u.): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja<br><u>Lunge:</u><br><input type="checkbox"/> Staging NSCLC/SCLC<br><input type="checkbox"/> begründeter Rezidivverdacht NSCLC/SCLC<br><input type="checkbox"/> Dignität Lungenrundherd (histolog. Sicherung erschwert)<br><u>Lymphom:</u><br><input type="checkbox"/> M. Hodgkin, Staging (Initial / Interim / nach Therapie) oder begründeter Rezidivverdacht<br><input type="checkbox"/> Patientenalter < 18 Jahre <input type="checkbox"/> Aggr. Non-Hodgkin-Lymphom, Initial-Staging | Rechtfertigende Indikation zur PET/CT nach StrSchV gestellt<br><br><input type="checkbox"/> Interdisz. Besprechung, Wochentag: .....<br><u>Kopf-/Halstumore:</u><br><input type="checkbox"/> fortgeschrittene Tumore / CUP vor Neck Dissection<br><input type="checkbox"/> vor Biopsie bei V.a. Rezidiv eines Larynxkarzinoms |
|--|---|