

Standort Iserlohn

58638 Iserlohn
Hochstraße 63
Tel.: 02371/8191-0
Fax: 02371/26947
www.radiologie-iserlohn.de

Anforderung PET/CT

Name u. Anschrift (Praxis, KH) inkl. Fax der/s anfordernden Kollegen/in:

Fax:

Angaben zum/r Patienten/in:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: ____ / ____ / ____

Telefonisch erreichbar unter: _____

Angaben zur Erkrankung:

Grunderkrankung:

Fragestellung:

Ist eine aktuelle Schnittbildgebung vorhanden?

☐ ja (Körperregion: _____; bitte CD zusenden)

☐ nein

Bisher erfolgte Therapie:

Zeitpunkt bzw. Zeitraum

☐ Chemotherapie

☐ Operation

☐ Strahlentherapie

☐ Antibiotikatherapie

Vorerkrankungen:

☐ Schilddrüsenüberfunktion

☐ Niereninsuffizienz

☐ Diabetes mellitus (Metformin?)

☐ Kontrastmittelallergie

Bitte senden Sie uns den letzten stationären oder auch ambulanten Arztbrief mit diesem ausgefüllten Anforderungsbogen per Fax an 02371 / 26947.

Die Durchsicht dieser Daten und Unterlagen dient neben der gesetzlich vorgeschriebenen Überprüfung der Rechtfertigenden Indikation auch der Festlegung der optimalen Untersuchungstechnik.

Erst danach kann fernmündlich eine Terminvergabe an den/die Patient/in erfolgen.

Mit bestem Dank für Ihr Verständnis und Ihre Bemühungen.

Ihr Team der Radiologie Iserlohn/Menden