

Nuklearmedizin – Anmeldung PET/CT

PET Zentrum Oerlikon

PD Dr. med. Michael Messerli

Leiter PET/CT

Tel.: +41 44 251 18 86

E-Mail: petctcurana@hin.ch

Web: www.curana.ch/petct



Auftraggeber/Zuweiser: (Blockschrift oder Stempel)

Gewünschte Befundübermittlung:

Email ☐ _____

H-NET ☐

Patient/in:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Körpergrösse und -gewicht:

Aufgrund der Substanzvorbereitung (Radiotracer) für den Patienten sind Körpergrösse und -gewicht ein wichtiger Faktor. Bitte angeben.

Körpergrösse:

Körpergewicht:

Aktueller Kreatinin-Wert:

Falls Terminvergabe bereits erfolgt:

Zeit:

Datum:

Termin dringend: ☐

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit melde ich oben genannten/e Patienten/in zu folgender Untersuchung an (bitte ankreuzen):

PET/CT
gemäss Fragestellung ☐

PET/CT

¹⁸F-FDG ☐

mit zusätzlicher KM-CT

☐ Hals ☐ Thorax ☐ Leber ☐ Abdomen

¹⁸F-PSMA ☐

mit zusätzlicher KM-CT ☐

¹⁸F-Cholin ☐

mit zusätzlicher KM-CT ☐

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Bemerkungen:

Bei Unklarheiten oder Fragen bez. der optimalen Bildgebungsmodalität sind wir jederzeit direkt für Sie erreichbar unter der Telefonnummer 044 251 18 86.