

Nuklearmedizin – Anmeldung PET/CT

PET Zentrum Oerlikon

PD Dr. med. Michael Messerli

Leiter PET/CT

Tel.: +41 44 521 18 86

E-Mail: petctcurana@hin.ch

Web: www.curana.ch/petct



Auftraggeber/Zuweiser: (Blockschrift oder Stempel)	Gewünschte Befundübermittlung: Email <input type="checkbox"/> _____ H-NET <input type="checkbox"/>
---	---

Patient/in: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Strasse _____ PLZ / Ort _____ Telefon _____	<u>Körpergrösse und -gewicht:</u> 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: <input type="checkbox"/>
--	---

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

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 044 521 18 86.