

## Terminanmeldung zum PET-CT

Senden Sie die Anmeldung per Fax: 089/896 000 -19 oder E-Mail: [anfrage@rzm.de](mailto:anfrage@rzm.de)  
Telefon: 089/ 896 000 -33

### Überweiser/in:

Praxisstempel/ Anschrift:	<input type="text"/>
Diagnose:	<input type="text"/>
Anamnese/ klinische Angaben/	<input type="text"/>
Fragestellung:	<input type="text"/>
Rufnummer	<input type="text"/>
Überweiser/in:	<input type="text"/>

### Patient:

Vorname/ Name:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>
Versichertenstatus:	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler

### **Therapien:**

Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann:	<input type="text"/>
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann:	<input type="text"/>
Operation	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann:	<input type="text"/>

### **Voruntersuchungen:**

MRT am:	<input type="text"/>
CT am:	<input type="text"/>
PET-CT am:	<input type="text"/>

### **Erkrankungen/Allergien:**

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

### **Blutwerte: - NICHT älter als 6 Wochen**

TSH	<input type="text"/>	mg/dl
Kreatinin	<input type="text"/>	µIU/ml