

PET Diagnostik Bern
c/o Universitätsklinik für Nuklearmedizin
Inselspital Bern, 3010 Bern
Telefon 031 632 24 24
Fax 031 632 17 54
E-Mail: petdiagnostik@insel.ch

www.petdiagnostik.ch

Zuweisender Arzt

Anschrift (Name, Klinik, Adresse): _____

Telefon (Sucher) / Fax: _____

E-Mail: _____

Angaben Patientin / Patient

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Telefon: _____
Strasse, Nr.: _____	PLZ, Wohnort: _____
Krankenkasse: _____	Versicherungsnr: _____

Bitte aufbieten:	schnellstmöglich	ambulant	stationär – wo? _____
	Datum / Zeitraum: _____	Termin nach telefonischer Vereinbarung geplant am:	
		Datum: _____	Uhrzeit: _____

Klinische Angaben / bisherige Therapien:**Fragestellung:**

Gewicht: _____ kg CT: i.v. Kontrastmittel Ja Kontrastmittelallergie? Ja Nein

Aktuelle Medikation: _____

Patienten-CD dem Patienten mitgeben

PACS / H-NET- Versand

Besprechungstermin am: _____

Zusätzliche Befundkopie(n) an: _____

Bemerkungen: _____

Bei Verhinderung bitte 48h vor der Untersuchung telefonisch abmelden. Erscheint der Patient nicht, so muss das Radiopharmakon verrechnet werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____