

**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: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnr: \_\_\_\_\_

Bitte aufbieten: schnellstmöglich  
Datum / Zeitraum:  
\_\_\_\_\_

ambulant stationär – wo? \_\_\_\_\_  
Termin nach telefonischer Vereinbarung geplant am:  
Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Radiopharmakon: FDG Andere \_\_\_\_\_ CT: i.v. Kontrastmittel Ja

#### Klinische Angaben / bisherige Therapien:

#### Fragestellung:

Gewicht: _____ kg	Kontrastmittelallergie?	Ja	Nein	Diabetes mellitus?	Ja	Nein
Aktuelle Medikation: _____				Wenn ja: Insulin-pflichtig	Orale Medikation	

Patienten-CD dem Patienten mitgeben

PACS / H-NET- Versand

Besprechungstermin am: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Befundkopie(n) an: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Bei Verhinderung bitte 24h vor der Untersuchung telefonisch abmelden. Erscheint der Patient nicht oder nicht nüchtern (6h), so muss das Radiopharmakon verrechnet werden.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_