

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: _____	Versicherungsnummer: _____

Bitte aufbieten:	schnellstmöglich	ambulant	stationär – wo? _____
	Datum / Zeitraum: _____	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: _____