



## Fragebogen PET

Bitte geben Sie dieses Formular vor der Untersuchung ab.

Name Patient/in				
Geb.-Dat.	Zi-Nr.	Gewicht (kg)	Größe (cm)	Krea/GFR

Hatten Sie jemals eine Operation im Bauchraum (Lunge, Leber etc.)? Wann?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Strahlentherapie? Wann? Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine Chemotherapie? Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Diabetiker? Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitpunkt der letzten Mahlzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige diesen Fragebogen gelesen und verstanden zu haben, ich wurde über die Art der Untersuchung und die dafür notwendige Verabreichung einer radioaktiven Substanz aufgeklärt, ich hatte ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen und bin mit der Durchführung der Untersuchung einschließlich einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Datum/Uhrzeit	Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters	Unterschrift Ärztin/Arzt/RT
---------------	---	-----------------------------

<b>Ärztliche Anamnese</b>		
BZ	Applikation	Uhrzeit
Aktivität voll	MBq	Uhrzeit
Aktivität leer	MBq	
Netto	MBq	
Charge		
CT:	<input type="checkbox"/> LD	<input type="checkbox"/> nativ <input type="checkbox"/> venös
Region	<input type="checkbox"/> Kalotte-SY	<input type="checkbox"/> OUR-SY <input type="checkbox"/> GK