



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 Nein

Hatten Sie eine Strahlentherapie? Wann? Wo?

Hatten Sie eine Chemotherapie? Wann?

Sind Sie Diabetiker? Medikamente?

Zeitpunkt der letzten Mahlzeit:

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

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

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