

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

m  w

Name Geschlecht

---

Vorname Geburtsdatum

---

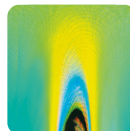
Straße / Nr.

---

PLZ / Ort

Allg. Geb.-Kl.  Sonder Geb.-Kl.  Selbstzahler

Klin. Hinweis  
bzw. Diagnose



**Universitätsklinik für Nuklearmedizin**

Klinikdirektorin: Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Irene Virgolini  
6020 Innsbruck · Anichstraße 35

**PET-Zentrum**

Chirurgie-Gebäude · Haus 8 · 1.UG  
Telefon +43 50 504 + DW

**Zuweisendes Krankenhaus /  
Zuweisende Kostenstelle**

**ZuweiserIn**

Name der/ des zuweisenden Ärztin/  
Arztes (in BLOCKBUCHSTABEN)

Telefon/ DECT der/ des zuweisenden  
Ärztin/ Arztes

Datum Unterschrift

**Terminvereinbarung**

Telefon **-254 91**  
8.00 – 11.30 und 13.00 – 16.00 Uhr  
Telefax **-67 254 98**

**Bei medizinischen Fragen**

Telefon **-809 48**

## Zuweisung zur Ganzkörperuntersuchung

PET  PET mit CT (diagnostisch)

### Tracer

- <sup>18</sup>F-FDG (Onkologie) – 8 h nüchtern, bei DiabetikerInnen: kein Insulin 8 h vor PET!  <sup>18</sup>F-Cholin (Nebenschilddrüse)
- <sup>18</sup>F-FDG Herz (Vitalität) – 8 h nüchtern  <sup>18</sup>F-NaF (Skelett)
- <sup>68</sup>Ga-DOTA-TOC (SST-Rezeptor)  <sup>18</sup>F-L-DOPA
- <sup>68</sup>Ga-PSMA-Ligand (Prostata)  <sup>18</sup>F-FET (Hirntumore)
- Sondertracer \_\_\_\_\_

## Zuweisungsdiagnose und Fragestellung

Schwangerschaft/ Stillzeit  ja  nein

Kontrastmittelallergie  ja  nein

Kreatininwert \_\_\_\_\_

TSH basal \_\_\_\_\_

## Anamnese (bei Tumorerkrankung)

Tumorrelevante Operationen Welche? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Biopsie/ PE? Region? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Histologie: \_\_\_\_\_

Strahlentherapie  ja  nein Region? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Chemotherapie (bei Abschlussstaging mindestens 6 Wochen Abstand): Wann? \_\_\_\_\_