

Absender/Stempel:

Datum: _____
Ansprechpartner: _____
Tel.-Nr. für Rückfragen: _____



Kösliner Str. 12, 38642 Goslar
Tel. 05321-34 90 40
Fax. 05321-34 90 33
Kontaktperson: Frau Krautstrunk

Fragebogen zur Anmeldung einer FDG-PET/CT-Untersuchung

Angaben zum Patienten:

Name: _____
Geb.-Datum: _____
Straße: _____
Tel.: _____
Krankenkasse: _____

Termin: _____
Vorname: _____
Ort: _____
Hausarzt: _____
Vers. Nr.: _____

Kostenübernahme beantragt? nein ja Selbstzahler/Privat: nein ja

Diagnose: _____

Fragestellung: _____

TSH: _____ Kreatinin: _____ Ramipril comp. nein ja
Diabetiker: nein ja **Allergien:** nein ja, welche
Metformin nein ja
insulinpflichtig nein ja

Therapien: (z.B. Chemotherapie, Radiatio, OP), wichtig ist das Datum der letzten Behandlung

Chemotherapie: nein ja, bis wann _____
Radiatio: nein ja, bis wann _____
Operation: nein ja, wann _____

Unterschrift des anfordernden Arztes