

**Anmeldung: PET/CT**  
per Fax an: (030) 130 – 23 2284



**ÜBAG Vivantes**  
**Vivantes MVZ Friedrichshain**  
**Vivantes Institut für Nuklearmedizin**  
Landsberger Allee 49  
10249 Berlin  
Ärztl. Leiter: Prof. Dr. med. Michail Plotkin

**PET/CT-Zentrum Vivantes**

Prof. Dr. med. Michail Plotkin  
Dr. med. Katja Pfüller  
Dr. Fabian Neumann  
Fachärzte für Nuklearmedizin und PET/CT

Tel.: +49 (0)30 130 – 23 1009  
Fax: +49 (0)30 130 – 23 2284

pet-ct.kfh@vivantes.de  
<http://www.vivantes.de/pet-ct>

|  |  |
|--|--|
| <b>Wird vom PET-Zentrum ausgefüllt</b> |  |
| Anmeldedatum:                          |  |
| <b>U n t e r s u c h u n g :</b>       |  |
| Datum:                                 |  |
| Uhrzeit:                               |  |
| Verantwortlich:                        |  |

| Patientendaten |   |
|----------------|---|
| Name, Vorname  |   |
| Geburtsdatum   |   |
| Straße         |   |
| PLZ, Ort       |   |
| Telefon:       | Mobil:  |
| Größe: cm      | Gewicht: kg   |
| TSH: (vom )    | CREA: (vom )  |
| Versicherung   | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Konsil <input type="checkbox"/> ASV<br>(Klinik/Station).....<br><input type="checkbox"/> Priv. <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> Selbstzahler<br><input type="checkbox"/> IU-Ausland<br>Name der Krankenkasse: .....<br>Kassen-Nr. : .....<br>Versicherten-Nr.: ..... |
|                | Anfordernde Abteilung (Stempel)   |

| Telefon:   | Fax: | E-mail:            |
|--|------|--------------------|
| Untersuchungsart   |      | Untersuchungsdatum |
| <input type="checkbox"/> F18 - FDG Ganzkörper <input type="checkbox"/> F18 - Cholin<br><input type="checkbox"/> F18 - FDG Hirn <input type="checkbox"/> F18 - FET<br><input type="checkbox"/> Ga68 - PSMA <input type="checkbox"/> F18 - DOPA<br><input type="checkbox"/> Ga68 – DOTATATE <input type="checkbox"/> F18 – Florbetaben/Florbetapir |      |                    |

**Sämtliche Voruntersuchungen (MRT, CT) sind elektronisch (CD/DVD) mitzubringen!!**

| Anamnese / klinische Angaben:   |   | Mobilität:   |
|---|---|--|
| Diabetiker: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Metformin: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>KM-Allergie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <b>Infektiosität</b> (z. B. MRSA, 3 MRGN) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche?<br>.....<br><b>Risikofaktoren:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche?<br>..... | <input type="checkbox"/> gehfähig<br><input type="checkbox"/> Rollstuhl<br><input type="checkbox"/> Bett |

| Diagnose und Fragestellung: |
|-----------------------------|
|                             |