

# ANMELDUNG PET/CT

T 031 335 73 20

**HIRSLANDEN** 

**INSTITUT FÜR NUKLEARMEDIZIN**  
BERN

**Name**

**Vorname** **Geburtsdatum**

**Strasse/Nummer**

**INSTITUT FÜR NUKLEARMEDIZIN**  
Schänzlistrasse 39  
3013 Bern  
nukanmeldung.salem@hirslanden.ch

**PLZ/Ort**

**Telefon/Natel privat** **Telefon Geschäft**

**Spezialärzte für Nuklearmedizin und Radiologie**  
Dr. med. Bernd Vollnberg  
Dr. med. Jan Wartenberg  
**NukMedRad KLG**

**Garant: Krankenkasse/Unfallversicherung**

**Terminwunsch** **Bis spätestens** **Bestätigter Termin**

**Bitte Patient aufbieten**

## GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

CT mit i. v. Kontrastmittel      Ja      Nein

## KLINISCHE ANGABEN

## FRAGESTELLUNG

Grösse	Gewicht		eGFR	Datum
Kontrastmittel Allergie		Ja      Nein		
Port-a-Cath		Ja      Nein		
Diabetes mellitus		Ja      Nein	Falls Ja, Medikation:	
Bekannte Schilddrüsenerkrankung		Ja      Nein	Falls Ja, welche:	
Schwangerschaft		Ja      Nein	Stillende Patientin	Ja      Nein

Bemerkungen:

**BILDER**      via Webportal      E-Mail:

### **Befundkopie an**

Bitte fügen Sie den aktuellen Arztbericht sowie die für die Befunderstellung relevanten Informationen (z.B. histopathologischer Befund) bei.

Bitte informieren Sie uns im Verhinderungsfall 24 Stunden vorher, damit der Termin nicht verrechnet wird.

**Datum/Unterschrift/Stempel**

Senden