

Nuklearmedizin
Chefarzt: Prof. Dr. med. Klaus Strobel

Anmeldung: nuk@luks.ch
Telefon 041 205 46 67
Fax 041 205 21 75

<p>Anmeldung zur PET/CT</p> <p>Luzerner Kantonsspital Nuklearmedizin PET/CT Zentrum Zentralschweiz</p> <p>Spitalstrasse CH-6000 Luzern 16</p> <p>Fax 041 205 21 75</p>	<p>Patient(in)</p> <p>Name Vorname Geb.Dat.</p> <p>Strasse PLZ Ort /</p> <p>Tel. P. Tel. G. Tel. N.</p> <p style="text-align: right;">männlich weiblich</p>
<p>Zuweisender Arzt (Stempel)</p>	<p style="text-align: right;">KK Unfall</p>
<p>Kopie an</p>	<p>Versicherung Unfall-/Police-Nr.</p>

Bitte sorgen Sie dafür, dass uns die Voruntersuchungen und die aktuelle Medikamentenliste (**insb. bei DOPA_PET Hirn**) zur Verfügung stehen. Zwecks Terminvereinbarung bitte die ausgefüllte Pdf-Datei per Mail an nuk@luks.ch senden.

Gewünschte Untersuchung:

PET/CT

Hirn Herz
Tumor (Teilkörper/Ganzkörper)
andere (welche?):

Tracer

FDG Cholin PSMA
Thyrosin Rubidium DOTATATE
DOPA andere:

Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten, Vorerkrankungen, Therapien, OP's.

Pat. ist schwanger
Patientin stillt
Schwere Allergie bekannt
welche:
Hyperthyreose
Diabetes
Niereninsuffizienz

Kreatinin:
vom Datum:

Fragestellung

Datum

Unterschrift

Nuklearmedizin
Chefarzt: Prof. Dr. med. K. Strobel

Luzerner Kantonsspital
Spitalstrasse | 6000 Luzern 16
Telefon 041 205 46 67
nuk@luks.ch | luks.ch

Einverständniserklärung PET/CT

Patient / Patientin

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____

Damit wir spezielle Risiken besser erkennen können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- Sind Sie Diabetiker (Blutzuckerkrank)? Ja nein
Wenn ja, welche Medikamente gegen Diabetes nehmen Sie ein:
Orale Antidiabetika z. B. Metformin Insulin
- Wurden Sie schon einmal mit einem Röntgenkontrastmittel untersucht? Ja nein
Wenn ja, in welchem Jahr: _____
Wenn ja, wo: _____
Wenn ja, welches Organ: _____
Wenn ja, traten dabei Probleme wie z. B. Kreislaufreaktionen, Schock, Hautausschlag, Übelkeit oder Juckreiz auf? Wenn ja, welche:

- Besteht eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit? Ja nein
(z.B. gegen Medikamente, Kontrastmittel oder Jod?)
- Sind bei Ihnen Nierenfunktionsstörungen bekannt? Ja nein
- Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente? Ja nein
Wenn ja, welche: _____
Wenn ja, mit: Überfunktion Unterfunktion normale Funktion

